IX kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
(nr 6)
z dnia 21 stycznia 2020 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 6)

21 stycznia 2020 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację na temat stanu systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji szpitalnych oddziałów ratunkowych.

W posiedzeniu udział wzięli: **Waldemar Kraska** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Arkadiusz Kosowski** dyrektor Departamentu ds. Służb Mundurowych w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia ze współpracownikiem, **Anna Aleksandrzak-Heiducka** przedstawiciel Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej, **Sebastian Irzykowski** wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Stanisław Maćkowiak** prezes Federacji Pacjentów Polskich, **Maria Ochman** przewodnicząca Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność", **Jerzy Przystajko** dyrektor biura poselskiego poseł Marceliny Zawiszy ze współpracownikiem oraz **Wioletta Witkowska** radca prawny w Zespole Radców Prawnych Naczelnej Izby Lekarskiej.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Jakub Stefański**, **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dzień dobry. Witam bardzo serdecznie panie i panów posłów, członków Komisji. Witam pana ministra wraz ze współpracownikami. Witam serdecznie zaproszonych gości.

Szanowni państwo, dzisiejszy porządek dzienny obejmuje rozpatrzenie informacji na temat stanu systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji szpitalnych oddziałów ratunkowych. Przedstawia minister zdrowia. Jest to temat z planu pracy Komisji.

Czy są uwagi do porządku obrad? Nie widzę zgłoszeń. Stwierdzam zatem, że porządek dzienny został przyjęty.

Panie ministrze, oddaję panu głos. Jednocześnie, szanowni państwo, mam przyjemność powitać po raz pierwszy w takiej roli na posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia pana ministra i jednocześnie naszego kolegę, senatora, który również w poprzednich kadencjach był senatorem, a także przewodniczącym senackiej Komisji Zdrowia. Panie ministrze, raz jeszcze oddaję głos.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Waldemar Kraska:

Dziękuję, panie przewodniczący, za takie przywitanie. Szanowni państwo, bardzo miło jest mi występować w tej roli. Czuję się jak debiutant, ale myślę, że wspólnie sobie poradzimy.

Szanowni państwo, ja w Ministerstwie Zdrowia odpowiadam m.in. za Państwowe Ratownictwo Medyczne, dlatego chciałbym państwu przedstawić aktualny stan Państwowego Ratownictwa Medycznego, ze szczególnym uwzględnieniem szpitalnych oddziałów ratunkowych. Chciałbym też państwu przedstawić, jakie mamy plany na najbliższy okres, jeżeli chodzi o Państwowe Ratownictwo Medyczne. Na początek może kilka suchych danych, które – jak myślę – dość dobrze zobrazują, jaka jest skala Państwowego Ratownictwa Medycznego, czym dysponujemy.

Jeżeli chodzi o liczbę zespołów ratownictwa medycznego, czyli ambulansów, które docierają do naszych chorych, w tej chwili w naszym kraju mamy ich 1526, w tym 364 karetki specjalistyczne, czyli te, w których jeżdżą lekarze i 1162 karetki podstawowe

„P". Państwo mają w materiale te liczby troszeczkę po przecinku, ale to wynika z tego, że niektóre karetki działają tylko w trybie okresowym albo w trybie 12-godzinnym.

W tej chwili mamy w Polsce 237 szpitalnych oddziałów ratunkowych i 7 centrów urazowych dla dzieci, a w planie mamy powołanie następnych pięciu. Mamy 15 centrów urazowych dla dorosłych i planujemy powołanie jeszcze jednego. W szpitalnych oddziałach ratunkowych pracuje 4593 lekarzy, w tym lekarzy systemu 3565, ratowników medycznych 3802, pielęgniarek 4017, w tym pielęgniarek systemu 3435. Personel zespołów ratownictwa medycznego to są lekarze w liczbie 3079, pielęgniarki – 1721 i ratownicy medyczni – 14 946. W system wchodzą także dyspozytornie medyczne. W tej chwili mamy ich 39. Docelowo chcemy, aby w kraju było ich 18. Liczba stanowisk dyspozytorskich to obecnie 222.

Bardzo ważnym elementem systemu ratownictwa medycznego jest oczywiście finansowanie tego systemu, dlatego w tabelce, którą państwo dostali, porównaliśmy dwa lata – rok 2015 i rok 2020. Na świadczenia dla zespołów ratownictwa medycznego skierowano w 2015 r. 1 884 431 tys. zł, a w roku bieżącym, czyli 2020, na zespoły te przeznaczymy kwotę 2 411 419 tys. zł. Czyli wzrost, w porównaniu z rokiem 2015 jest o 28%.

Szpitalne oddziały ratunkowe w roku 2015 były finansowane w wielkości 971 067 tys. zł. W roku 2020 planujemy wydać na szpitalne oddziały ratunkowe 1 745 014 tys. zł, czyli jest to wzrost, w porównaniu z rokiem 2015 o 80%.

Na Lotnicze Pogotowie Ratunkowe – zespoły ratownictwa medycznego i zespoły transportu sanitarnego – w 2015 r. przeznaczaliśmy 105 771 tys. zł. W roku bieżącym na LPR przeznaczymy 157 633 tys. zł, czyli jest to wzrost o prawie 50%.

W roku bieżącym, 2020, na zadania zespołów ratownictwa medycznego zaplanowaliśmy 2 411 000 tys. zł, to jest o 245 000 tys. zł więcej niż w roku 2019. Stanowi to 12-procentowy wzrost finansowania zespołów ratownictwa medycznego. Muszę powiedzieć, że jest to jedna z większych zwyżek od roku 2019, gdy praktycznie nie było zwiększanych nakładów na zespoły ratownictwa medycznego. Na przestrzeni ostatnich pięciu lat, tak jak mówiłem, nakłady te wzrosły o 28%.

W ramach środków na ratownictwo medyczne wypłacane są także dodatki do wynagrodzenia dla personelu medycznego. W odniesieniu do pielęgniarek, wypłatę podwyżek rozpoczęto już w roku 2015, natomiast ratownicy medyczni zostali objęci podwyżkami dopiero od roku 2017, zresztą w sposób narastający, zaczynając od 400 zł na etat w roku 2017, po 1600 zł miesięcznie na etat od 1 stycznia 2020 r.

W roku 2020 koszt wynagrodzenia personelu medycznego w ratownictwie medycznym pozaszpitalnym oszacowaliśmy na sumę 371 000 tys. zł. Niezależnie od wydatków na podwyżki, w roku bieżącym budżet na ratownictwo medyczne pozwolił na podniesienie stawki na specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego o 354,67 zł i o 279,90 zł na dobę w odniesieniu do zespołów ratownictwa medycznego typu „P".

Jeżeli chodzi o finansowanie szpitalnych oddziałów ratunkowych, to w ciągu ostatnich pięciu lat największy wzrost nakładów w ratownictwie medycznym dotyczył właśnie szpitalnych oddziałów ratunkowych. Sięgnął on ponad 80% w porównaniu z rokiem 2015. Przypomnę tylko państwu, że w ubiegłym roku prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, zmieniając zarządzenie, wprowadził od 1 lipca 2019 r. zwiększenie stawki bazowej dla szpitalnych oddziałów ratunkowych i izb przyjęć o 10% w stosunku do wartości obowiązującej przed tym dniem. Wzrost stawki bazowej ma przełożenie na zwiększenie wartości stawek ryczałtów dobowych, a co za tym idzie, wysokości finansowania danych świadczeń opieki zdrowotnej od drugiej połowy 2019 r. Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem mają na celu urealnienie wartości stawek ryczałtów dobowych określanych dla szpitalnych oddziałów ratunkowych i izb przyjęć. Skutek finansowy wynikający z wprowadzenia zmian w skali sześciu miesięcy ubiegłego roku wyniósł dla SOR -ów 38 000 tys. zł, a dla izb przyjęć 14 000 tys. zł. O tyle zwiększyliśmy finansowanie tych oddziałów.

Jednocześnie, na podstawie zarządzenia prezesa NFZ, od 1 lipca 2019 r. wzrosły wyceny wag punktowych określanych dla poszczególnych kategorii stanu zdrowia pacjentów w szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć. Zmiana wag będzie też miała przełożenie na zwiększenie wartości stawek ryczałtów dobowych w szpitalnych

oddziałach ratunkowych. Szacujemy, że w ciągu tych ostatnich sześciu miesięcy dla SOR -ów wpłynie więcej o 142 000 tys. zł.

Zmiana dotyczy wyceny wag punktowych, czyli rzeczywisty skutek finansowy będzie zależny od liczby procedur zrealizowanych i sprawozdanych przez poszczególnych świadczeniodawców za rok 2019. To już wpływa. Do 15 stycznia zbieramy te dane i mniej więcej będziemy wiedzieli, ile tych pieniędzy będzie dodatkowo potrzeba. Średnia stawka dobowa szpitalnego oddziału ratunkowego w roku 2020, czyli bieżącym, wyniesie ok. 20 tys. zł na dobę. Oczywiście w zależności od wielkości szpitalnego oddziału ratunkowego te kwoty wahają się od 7 tys. zł do nawet 53 tys. zł na dobę. Zależy więc od warunków organizacyjnych, kadr, liczby przyjętych pacjentów i rodzaju udzielanych świadczeń.

Także poziom finansowania Lotniczego Pogotowia Ratunkowego od roku 2015 zwiększył się niemal o połowę i związany był głównie z uruchomieniem kolejnych czterech baz śmigłowców służby ratownictwa medycznego. Były to bazy w Ostrowie Wielkopolskim, Sokołowie Podlaskim, Opolu i Gorzowie Wielkopolskim. Był także wzrost kosztów działalności bieżącej.

Jeżeli chodzi o ratownictwo medyczne, było dofinansowanych także wiele różnych inwestycji. I tak, od początku realizacji programu 2014-2020 w ramach Działania 9.1 zawarliśmy 290 umów na dofinansowanie, na łączną kwotę 1 484 816 tys. zł, w tym kwotę dofinansowania z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w wysokości 851 321 551 zł. Te inwestycje w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego, to: 241 umowy na wsparcie istniejących szpitalnych oddziałów ratunkowych, 13 umów na realizację modernizacji istniejących centrów urazowych, 13 umów na realizację inwestycji w zakresie utworzenia nowych centrów urazowych, 5 umów na realizację inwestycji w zakresie budowy lub remontu całodobowych lotnisk lub lądowiska dla śmigłowców przy jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, 23 umowy na realizację inwestycji w zakresie utworzenia nowych szpitalnych oddziałów ratunkowych, 1 umowa na realizację inwestycji w zakresie wyposażenia śmigłowców ratowniczych w sprzęt umożliwiający loty w trudnych warunkach atmosferycznych i w nocy, 3 umowy na realizację inwestycji w zakresie wsparcia baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego i 1 umowa na realizację inwestycji dotyczących Trybów Obsługi Pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.

Natomiast w 2019 r., w ramach Osi priorytetowej IX PO Infrastruktura i Środowisko 2014-2020 Działanie 9.1, podpisanych zostało 14 umów o dofinansowanie na łączną kwotę 86 630 074 zł, w tym: trzech projektów wsparcia istniejących już SOR-ów – chodzi o roboty budowlane i doposażenie tych SOR-ów; trzech projektów dotyczących nowych SOR-ów i jednego projektu dotyczącego Trybu Obsługi Pacjenta. Ponadto: kwota 7000 tys. zł dofinansowania pięciu umów w zakresie wsparcia istniejących szpitalnych oddziałów ratunkowych; 6 umów na utworzenie nowych SOR-ów na kwotę 34 000 tys. zł; dwie umowy na realizację inwestycji w zakresie wsparcia baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego – 11 000 tys. zł i jedna umowa na realizację inwestycji dotyczącej Trybu Obsługi Pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.

Może to, co przedstawiam państwu jest troszkę nudzące, ale myślę, że to pokazuje obraz tego, ile inwestycji dokonano w ratownictwie medycznym, nie tylko jeżeli chodzi o szpitalne oddziały ratunkowe, ale także w innych dziedzinach tego systemu. Także w ubiegłym roku – ponieważ, zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym wojewoda czy minister oraz jednostka samorządu terytorialnego mogą sfinansować lub dofinansować nakłady związane z działalnością zespołów ratownictwa medycznego – wyasygnowaliśmy z budżetu Ministra Zdrowia kwotę w wysokości 80 000 tys. zł na zakup 200 nowych ambulansów. W tej chwili mamy informację, że 149 tych ambulansów jest już zakupionych, 51, niestety, nie udało się zakupić. Dlatego brakujące pieniądze zostały przesunięte na rok następny i do 30 kwietnia 2020 r. jest termin na zakup ambulansów z tego programu. Myślę, że jest to pierwszy program bardzo dobrze odbierany przez świadczeniodawców, gdyż spowodował, że najstarsze pojazdy zostaną wycofane z ratownictwa medycznego, a jednocześnie świadczeniodawcy nie muszą wydać tych pieniędzy na odświeżenie swojego taboru samochodowego.

Program samolotowy. Jest to program zapobieżenia negatywnym skutkom deficytu pilotów w Śmigłowcowej Służbie Ratownictwa Medycznego oraz modernizacji samolotowego zespołu transportowego w Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym w Warszawie, realizowanym na mocy uchwały Rady Ministrów, polegający na zakupie dwóch śmigłowców i trzech samolotów szkoleniowych oraz przeprowadzeniu szkoleń pilotów LPR. To się już dzieje.

W tym roku został rozstrzygnięty przetarg na zakup dwóch nowych samolotów dla sanitarnego transportu lotniczego, ale także na inwestycje w nową bazę LPR-u w Kokotowie, w gminie Wieliczka. Jest to baza przeniesiona z lotniska Balice. Łączna kwota wydatków związanych z realizacją programu po zmianach w roku 2019, w okresie 10 lat to 141 540 tys. zł, w tym 135 626 tys. zł z budżetu państwa i 5914 tys. zł ze środków własnych LPR.

Bardzo ważną rzeczą dla funkcjonowania Państwowego Ratownictwa Medycznego, a także szpitalnych oddziałów ratunkowych jest dobra legislacja, są dobre rozporządzenia. Dlatego na przełomie poprzedniego roku pojawiło się rozporządzenie Ministra Zdrowia na temat szpitalnych oddziałów ratunkowych. To rozporządzenie stworzyło podstawy prawne do tego, aby ujednolicić i usprawnić proces przyjmowania pacjentów w szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz do wprowadzenia systemu zarządzania Trybami Obsługi Pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.

Główną ideą systemu zarządzania Trybami Obsługi Pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym jest skrócenie czasu oczekiwania pacjentów będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowia, bieżące informowanie pacjenta o szacunkowym czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia w poszczególnych grupach pilności oraz monitoring obciążenia pracy szpitalnego oddziału ratunkowego. Podczas przeprowadzonego pilotażowego programu pojawiły się następujące korzyści wynikające z wdrożenia systemu zarządzającego Trybami Obsługi Pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Po pierwsze, jednolite zasady segregacji medycznej pozwolą na objęcie wszystkich pacjentów właściwymi standardami medycznymi, niezależnie od lokalizacji oraz rodzaju placówki, do której zostali oni przyjęci. Po drugie, informacja dotycząca przewidywanego średniego czasu oczekiwania na przyjęcie zapewni pacjentowi większy komfort pobytu w SOR poprzez zmniejszenie poczucia niepewności. Uzyskanie danych statystycznych pozwala na dostęp do informacji związanych m.in. z efektywnością pracy personelu szpitalnego oddziału ratunkowego i z czasem spędzonym w SOR przez zespoły ratownictwa medycznego – myślę, że to jest jedna z dość ważnych informacji, która w tej chwili nam umyka. Pozyskanie informacji dla kierownictwa czy to SOR-u, czy szpitala, pozwoli na efektywniejsze zarządzanie ruchem chorych w szpitalnym oddziale ratunkowym poprzez skierowanie dodatkowego personelu w obszary i w czasie, w którym dochodzi do największego natężenia pracy. Wdrożenie systemu zarządzającego Trybami Obsługi Pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, w zakresie możliwości uzyskania danych statystycznych oraz ich interpretacji przez wybrane instytucje, pozwoli nam pozyskiwać dane, które będą świadczyły o tym, które SOR-y pracują lepiej, a które pracują gorzej. Do 1 stycznia 2021 r. system zarządzający Trybami Obsługi Pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym zostanie wdrożony we wszystkich szpitalnych oddziałach ratunkowych.

To rozporządzenie, które czasami budziło pewne kontrowersje i niepewności, w ust. 4 § 4 mówiło też o tym, że szpital, który posiada szpitalny oddział ratunkowy, musi zapewnić całodobowy i niezwłoczny dostęp – tu wymieniliśmy dosłownie, do czego pacjent musi mieć dostęp w takim szpitalnym oddziale: do badań diagnostycznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym; badania USG; komputerowego badania tomograficznego oraz badań endoskopowych. Powyższy przepis zobowiązuje podmiot wykonujący działalność leczniczą i posiadający szpitalny oddział ratunkowy do zapewnienia dostępu do wyżej wymienionej diagnostyki 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu.

Pewną kontrowersję i zaniepokojenie wzbudził zapis „niezwłoczny dostęp”, który został troszkę opatrznie zinterpretowany przez niektórych dyrektorów czy kierowników SOR-ów. Chodzi o to, że ten niezwłoczny dostęp, czyli dostęp bez zbędnej zwłoki, należy rozumieć w taki sposób, że badania wymienione w przepisie muszą być wykonywane na potrzeby pacjenta w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia w takim czasie, aby

ewentualna zwłoka w ich wykonaniu nie spowodowała uszczerbku dla zdrowia i życia pacjenta. Omawiany przepis dopuszcza zapewnienie wyżej wymienionych badań przez szpital na bazie własnej lub w ramach usług zewnętrznych, o ile dostęp do tych badań pozostaje całodobowy i bezzwłoczny. Dopuszcza się też wykonywanie opisu niektórych badań w trybie telemedycyny. Czyli, dla przykładu, opis badania tomograficznego przez lekarza specjalistę w dziedzinie radiologii może być realizowany zdalnie, ponieważ lekarz radiolog nie musi fizycznie być dostępny w szpitalu posiadającym SOR. Określiliśmy także dokładnie liczbę kadry medycznej, która powinna znajdować się w szpitalnym oddziale ratunkowym. Chodzi o lekarzy, pielęgniarki i ratowników medycznych, a także o rejestratorki. Dopracowaliśmy też liczbę lekarzy, którzy powinni pracować w szpitalnym oddziale ratunkowym. W takim oddziale musi być co najmniej jeden lekarz przebywający na stałe. Oznacza to, że drugi lekarz, który także musi być, może być lekarzem pracującym na terenie tego szpitala. Doprecyzowaliśmy także art. 12 zgodnie z którym, lekarzem dyżurnym może być również ordynator tego oddziału.

Ponieważ wiemy, że brakuje nam lekarzy pracujących w szpitalnych oddziałach ratunkowych, rozszerzyliśmy katalog lekarzy systemu, którzy mogą pracować w tym oddziale o lekarzy specjalistów lub specjalizujących się w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej, neurologii albo lekarzy po drugim roku specjalizacji w tej dziedzinie, ale także lekarzy posiadających specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, kardiologii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub pediatrii, ale także lekarzy, którzy ukończyli moduł podstawowy w czasie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie chorób wewnętrznych, pediatrii lub chirurgii ogólnej i kontynuują lub zakończyli szkolenie specjalizacyjne lub uzyskali tytuł specjalisty. Czyli, listę początkowo dziewięciu specjalizacji lekarzy mogących pracować w szpitalnych oddziałach ratunkowych rozszerzyliśmy do 35. Także do końca roku 2020 lekarzem systemu może być lekarz, który posiada 3 tys. godzin wykonywania zawodu lekarza w szpitalnym oddziale ratunkowym, w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub izbie przyjęć.

Rozporządzenie w sprawie SOR-ów nakazuje też, aby od 1 lipca 2020 r. w lokalizacji szpitalnych oddziałów ratunkowych znajdowało się miejsce na udzielanie świątecznej i nocnej opieki zdrowotnej, a w obrębie obszaru segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć, gabinety do przeprowadzania segregacji medycznej. Proszę państwa, myślę, że jest to dość ważna rzecz, która może i moim zdaniem na pewno spowoduje to, że mniej pacjentów, którzy nie są w stanie zagrożenia życia i zdrowia, zamiast trafić do szpitalnego oddziału ratunkowego, będzie mogło być zbadanych i zostanie im udzielona pomoc medyczna przez lekarza tzw. nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej w obrębie tego samego budynku. Czyli, właściwie za ścianą szpitalnego oddziału ratunkowego będzie się znajdował gabinet, gdzie ta pomoc będzie mogła być udzielona. Tak więc, pacjent nie będzie musiał jechać gdzieś na drugi koniec miasta, ale w tym samym miejscu uzyska tę pomoc. Jesteśmy przekonani, że to zdecydowanie odciąży szpitalne oddziały ratunkowe. Statystyki podają, że 30 do 80% pacjentów, którzy trafiają do szpitalnych oddziałów ratunkowych, zdecydowanie powinno być obsłużonych w innych jednostkach, czy to przez lekarza rodzinnego, czy właśnie w NPL-u.

Jak wynika z danych przedstawionych przez wojewodów w wojewódzkich planach działania systemu, liczba pacjentów korzystających z pomocy zespołów ratownictwa medycznego i szpitalnych oddziałów ratunkowych utrzymuje się na dość podobnym poziomie, może z delikatną tendencją zwyżkową, jakby porównać lata 2015 i 2018. W tym czasie jednak wzrosła liczba jednostek systemu, SOR-ów z 221 do 231, zespołów ratownictwa medycznego z 14556 do 1504. W roku bieżącym liczba SOR-ów będzie już wynosiła 237, a zespołów ratownictwa medycznego 1527. W roku 2018 z pomocy w 231 szpitalnych oddziałach ratunkowych skorzystało ponad 5,8 mln osób, czyli o 545 tys. więcej niż w roku 2015. Wydaje mi się, że związane to jest z tym, że część izb przyjęć została przekształcona w szpitalne oddziały ratunkowe i ta liczba jest porównywalna ze zmniejszoną liczbą osób, które skorzystały z pomocy w izbach przyjęć.

To jest to, czym w tej chwili dysponujemy. W bieżącym roku przygotowujemy nowelizację ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym i mam nadzieję, że uda się nam

ją wdrożyć. Chcemy wprowadzić dość dużą nowelizację, aby ten system już docelowo utworzyć. Jeżeli państwo pozwolą, to w kilku słowach powiem, co chcielibyśmy zmienić w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

Przede wszystkim, tak jak to się dzieje w krajach sąsiednich, czyli w Niemczech czy Czechach, chcemy wprowadzić tzw. zespoły *randez-vous*. Są to zespoły, które będą miały na swoim pokładzie lekarza. Będą one dojeżdżały do zespołów ratowniczych w przypadkach, kiedy zespół ratowniczy będzie wymagał takiej pomocy. Wiemy, że w Niemczech doskonale to się sprawdza, a jednocześnie powoduje to, że nie ma potrzeby tak dużej liczby lekarzy w systemie ratownictwa medycznego. W tej chwili pracujemy nad tym, ile tych zespołów ma być, jak one mają być rozmieszczone. Odbyliśmy już wiele spotkań z konsultantami wojewódzkimi, jeżeli chodzi o ratownictwo medyczne, ale także ze związkami zawodowymi, wieloma towarzystwami naukowymi. Pracujemy nad tym dość intensywnie, jak to w racjonalny sposób zrobić.

Chcemy także wprowadzić motocyklowe zespoły ratownictwa medycznego. W tej chwili działa w kraju już 8 takich motocyklowych zespołów ratownictwa medycznego. Dotyczy to oczywiście dużych miast. Kiedy zespół ratownictwa medycznego nie jest w stanie szybko dotrzeć do zdarzenia, zespół na motocyklu dojeżdża zdecydowanie szybciej, zaopatruje pacjenta i czeka na dojazd karetki.

Myślimy także o zmianie algorytmu podziału środków, bo w tej chwili odbywa się według takiego algorytmu, który być może nie jest do końca sprawiedliwy. Różne kwoty trafiają do różnych województw. To zgłaszają nam wojewodowie. Być może po wprowadzeniu tego zespołu „randez-vous" wyzerujemy ten algorytm i zaczniemy liczyć go na nowo.

Chcemy także wprowadzić wideomonitoring w szpitalnych oddziałach ratunkowych, oczywiście, w tych miejscach, które są uzasadnione, ogólnodostępne. Wiąże się to z tym, że mamy sygnały o agresji pacjentów wobec personelu szpitalnych oddziałów ratunkowych. Myślę, że to w jakiś sposób może spowodować, że ta agresja będzie mniejsza, a jeżeli już będzie występowała, to będziemy mieli zapis całego zdarzenia. Chcielibyśmy także, aby takie kamery posiadali członkowie zespołów ratownictwa medycznego, takie jak policja. Myślę, że to też spowodowałoby, że bezpieczeństwo członków zespołów ratownictwa medycznego byłoby zdecydowanie większe.

My od połowy grudnia wprowadziliśmy dodatkowy przycisk na panelu w zespole ratownictwa medycznego, tzw. przycisk pomoc. Kiedy zespół czuje, że może być wobec nich skierowana jakaś agresja, jakiś atak, mogą ten przycisk uruchomić. Wtedy dyspozytor medyczny już nie łączy się telefoniczne z danym zespołem, informuje policję o takim zdarzeniu i tam dojeżdża patrol…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Myślę, że reszta będzie w pytaniach, bo już dość szczegółowo i długo pan minister to przedstawiał. Szanowni państwo, otwieram dyskusję. Czy ktoś z państwa chciałby zabrać głos? Bardzo proszę, pan poseł Wolski. Proszę uprzejmie.

Poseł Zdzisław Wolski (Lewica):

Wysłuchałem, przeczytałem i nie chciałbym, od razu to mówię, żeby to upolityczniać, bo zdrowie jest nasze wspólne itd. itd. Tu wiele rzeczy można by omawiać, ale ja wiem, że pan minister i służby pana ministra działają w sytuacji braku pieniędzy, a na to realnego wpływu nie macie, bo dysponujecie tym, co z góry spadnie. Chyba nikt nie zaprzeczy, że w stosunku do szybko wzrastających kosztów funkcjonowania opieki zdrowotnej to rosnące finansowanie, liczone w procentach i nawet miliardach w skali kraju, tak naprawdę się pogarsza. Jednak, tak jak mówię, tu chyba nie ma osób, które mogłyby za to odpowiadać. To jest ogólna sytuacja.

Druga rzecz, której panu ministrowi brakuje, to personel. Brakuje nie tylko lekarzy. Jest problem z pielęgniarkami. Pewnie to ostatnie lata i też będzie dramat.

I chciałbym powiedzieć, tak z punktu widzenia lekarza praktyka, bo z jednej strony mam pełną świadomość tego, że proces informatyzacji, komputeryzacji itd. jest nieuchronny – zresztą jest to i w tym materiale, i pan minister o tym mówił – mamy większą wiedzę, nadzór, dyscyplinę, możemy wnioski odpowiednie wyciągać. To prawda. Nato-

miast, czy mają panowie świadomość tego, że komputeryzacja, informatyzacja i coraz bardziej rozbudowana sprawozdawczość to, póki co pacjentom szkodzi, a nie pomaga. Mówię to z przekąsem, bo na wypełnianie różnych druków, zgłoszeń, personel musi poświęcać takie mnóstwo czasu, już tak przekornie mówiąc, że pacjent w tej zinformatyzowanej służbie zdrowia zaczyna trochę przeszkadzać. Strona formalna – konieczność wypełniania różnych rubryk, statystyk, sprawozdań – w zasadzie tego pacjenta marginalizuje.

Chciałbym też, żeby tu nie wygłaszać niewiadomo czego. Tak troszkę szerzej. Na przykład, TOPSOR miał już dawno wejść, natomiast – i ja nie w tonie pretensji, bo realia są realiami – są pewne tzw. obsuwy czasowe w stosunku do zakładanych kiedyś terminów. Na przykład, w moim odczuciu informacja będzie, bo będzie dla każdego szczebla – kierownika SOR-u i dyrektora szpitala aż do samego ministra – ile będzie trwało średnie oczekiwanie, co poprawi komfort pacjenta, zmniejszy poczucie niepewności. To prawda, ale przez to, w sytuacji braku personelu, czas oczekiwania się wydłuży, bo wiem, jak było kiedyś… Jak mówię, ja wiem, że to jest nieuchronne, tylko czy nie za gwałtownie to robimy, niestety, kosztem pacjenta.

Kiedyś był chirurg w izbie przyjęć – jeszcze nie było SOR-ów – i jeśli ktoś miał przecięty palec czy w jakichś innych banalnych przypadkach ciach, ciach, szwy założył, tężec i następny proszę. I tak to leciało. Tak było kiedyś. W soboty było mnóstwo takich rzeczy, sprawozdawczość była niewielka, na dobre i złe, ale ruch w interesie był niesamowity. Dziesiątki, czasem setki pacjentów było przerzucanych. Teraz nie będzie to możliwe, bo będzie szamotanina ze stroną formalną, jakieś linie, nie linie w szpitalnych oddziałach ratunkowych, ale – znowu się zarzekam – czy nie robimy tego za szybko.

Już kończąc, czy pan minister wie, że w stacjach pogotowia ratunkowego, które jeszcze do niedawna w większości były na plusie finansowym, teraz wzrastają przede wszystkim płace. Ponownie nie oskarżam pana ministra, tylko realia są takie, jakie są. Jest niesamowite parcie na płace i stacje pogotowia ratunkowego schodzą na coraz większy minus. Przyczyn jest więcej, ale przede wszystkim płace. Co dalej będzie?

Już kończę, choć mógłbym długo mówić, a widzę, że niektórzy koledzy sceptycznie patrzą. System e-recept jest naprawdę fajny, bo to jest pełna kontrola nad gospodarką, lekami itd. To wszystko prawda, tylko trzeba mieć świadomość, że znacznie się wydłuży czas przyjmowania pacjentów, również w podstawowej opiece zdrowotnej przy tym systemie e-recepty, gdzie jeszcze nie teraz, ale wkrótce będą i zlecenia na badania laboratoryjne, bo będzie dyscyplina wydatkowa. Będziemy to wiedzieli, to prawda, ale wydłuża się czas w SOR, wydłuża się coraz bardziej w podstawowej opiece zdrowotnej. Czy na tym etapie nas na to stać, bo w sumie dostępność pacjenta, z punktu widzenia praktycznego, tak naprawdę pogarszamy? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Nie chciałem przerywać i przeszkadzać, ale proszę jednak o krótsze wypowiedzi, bo ta była bardzo rozbudowana i rozwlekła. Kto z państwa jeszcze? Bardzo proszę, pani poseł Gelert.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, posiedzenie Komisji jest po to, żeby dyskutować, po co więc chce nam pan ukracać czas. W końcu nie mamy innego miejsca…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani poseł, proszę… Proszę o wypowiedź.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

A czy ja mogę tak się zwrócić, no bo tak „proszę" i „proszę", i „proszę". Ja też proszę, panie przewodniczący, bo chciałabym wypowiedzieć się. A jeszcze nie mówię, czy dobrze, czy źle, bo nie w tym rzecz, ale nie można nam ciągle i wszędzie skracać czasu. To jest to miejsce, gdzie ewentualnie chcielibyśmy podyskutować.

Ja w przeciwieństwie do mojego kolegi uważam, że może i pieniędzy jest mało w służbie zdrowia, ale muszę powiedzieć, że akurat na ratownictwo medyczne faktycznie te pieniądze się pojawiły, i pojawiło się ich sporo. W tej chwili tabor samochodowy w zespo-

łach wyjazdowych jest chyba coraz lepszy. Faktycznie coraz rzadziej się zdarza, żeby były stare samochody. Myślę, że to jest też dlatego, że ratownictwo medyczne, te zespoły wyjazdowe, są finansowane z budżetu państwa, a nie z Narodowego Funduszu Zdrowia. I może to też powoduje, to inne źródło finansowania służby zdrowia – akurat bardzo dobrze – że faktycznie to wyposażenie jest coraz lepsze.

Zresztą, tak samo SOR-y. To, co tu napisano, to wszystko prawda. Faktycznie bardzo dużo pieniędzy wydatkowano na to, aby dostosować szpitalne oddziały ratunkowe, żeby były coraz bardziej nowoczesne, i one są coraz bardziej nowoczesne. Są coraz większe. Tylko jedna prośba, żeby często nie było tak, że wprowadza się nowe warunki, że oto od 1 lipca nocna i świąteczna pomoc – może tu nie jest to do końca dokładnie napisane – ma być „w lokalizacji SOR". Co to znaczy w lokalizacji SOR"? Czy to znaczy, że SOR znowu trzeba powiększyć, żeby znaleźć tam lokalizację? W lokalizacji budynku, w którym jest SOR – to jest co innego. Czyli, w miejscu, tak naprawdę. Takie nieścisłości… O to chodzi. Potem, w warunkach… To nie jest tak, że o to chodzi, bo jest ściśle napisane, co jest w miejscu, co jest w lokalizacji itd. Jest więc tylko taka prośba, bo my nie zdążymy się dostosowywać z tymi SOR-ami do ewentualnych nowych wymogów…

Poseł Janusz Korwin-Mikke (Konfederacja):

„W lokalizacji SOR" to nic nie znaczy. Co to jest po polsku, bo ja nie rozumiem tego zwrotu...?

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Ale w tej chwili, panie kolego, jeżeli można, kontynuować będę ja. Potem pan zapyta. Dobrze? Ja nie będę tego tłumaczyła, ale tak to właśnie jest i w wymogach potem tak jest.

Czyli, faktycznie możemy powiedzieć, że coraz lepsze jest wyposażenie SOR-ów, coraz lepsze jest wyposażenie zespołów wyjazdowych ratownictwa, i to należy państwu oddać, bo to wychodzi państwu dobrze i coraz lepiej. Natomiast, chciałabym zapytać pana ministra o sprawę izby przyjęć a SOR-y. Powiedział pan jednym zdaniem, że jak gdyby SOR-y przejęły zadanie izby przyjęć, ale powiem państwu, że to jest bardzo wielki problem w szpitalach, w których nie ma zakontraktowanej izby przyjęć, bo jest SOR. Pacjent zgłasza się do izby przyjęć ze skierowaniem od lekarza rodzinnego – a pacjentów jest bardzo dużo – i gdzie ma być przyjęty. Musi być zakładana dokumentacja SOR-u, ale co to znaczy. To znaczy, że nie można wysłać tam rezydenta. Przepis goni przepis – nie można tam wysłać rezydenta, żeby zajął się swoim pacjentem z oddziału i go przyjął, bo on pisze do ministra zdrowia, że on nie pracuje w SOR, nie będzie wypełniał dokumentacji SOR i nie będzie pracował, bo on odbywa specjalizację w kardiologii, neurologii czy gdzieś indziej. I koniec. Są problemy, skąd brać personel, bo tego personelu – tak jak tu państwo kilka razy mówiliście – faktycznie brakuje, i to bardzo dużo.

Państwo połączycie teraz SOR z izbą przyjęć. Czy sugerujecie, że lepiej by było, żeby nocną i świąteczną pomoc połączyć z SOR-em? Ale, proszę państwa, to zależy, jaki ten SOR jest. Jeżeli ten SOR przyjmuje 30 pacjentów, łącznie z nocną i świąteczną pomocą, to nie ma problemu. Pewnie, że to można załatwić, bo czym różni się pacjent SOR-owski od pacjenta w nocnej i świątecznej pomocy. On może być i tu, i tu. W 80-procentach to jest ten sam pacjent, tylko ten poszedł do izby przyjęć, a ten poszedł do SOR-u, i taka jest różnica. Tak naprawdę, żadnej różnicy nie ma, tylko ten SOR-owski przyjdzie rano, a ten, który przyjdzie rano, do nocnej i świątecznej pomocy nie przyjdzie. Tylko taka jest różnica.

W SOR-ach bardzo dużych, takich jak przykładowo szpitale wojewódzkie, proszę państwa, jest dziennie 100 osób… Mówię, przeciętnie. Jeśli z nocną i świąteczną pomocą, to jest 200, bo w nocnej i świątecznej pomocy jest średnio 70 pacjentów – robiłam u siebie takie zestawienie – i 110 pacjentów w SOR. Jest to ogrom ludzi. Ja bym chciała jakichś mądrości wysłuchać od państwa, co zrobić, bo powiedzenie, że 80% pacjentów nie powinno tam się znaleźć, to jest tylko stwierdzenie. Jednak, co z tym dalej robić, bo w rezultacie każdy pacjent, który wejdzie, sami państwo wiecie…

Teraz się mówi, że to wielkie wydarzenie, bo jest TOPSOR. Nie było TOPSOR-u, a i tak była obowiązkowa segregacja pacjenta. W tej chwili, ponieważ TOPSOR będzie zinformatyzowany, oczywiście dostarczy nam dużo więcej informacji o wszystkich SOR

-ach, ale segregacja i tak była. Pacjent, który wejdzie do szpitala, musi być przecież zbadany, obojętne, gdzie się znajdzie. I to 80% pacjentów tak przechodzi. Tak więc, chyba to, co jest najistotniejsze i najważniejsze, co tak naprawdę doskwiera SOR-om, to w tej chwili nie pieniądze – i pan minister to mówił – bo podwyższona została nawet stawka dobowa. Podwyższono też stawkę dla karetek wyjazdowych. To nie jest przyczyna li tylko w braku pieniądza. Przyczyna tkwi gdzieś w kwestiach organizacyjnych, w których sobie nie radzą, bo stają w sprzeczności z prawem wytworzonym przez ustawodawców, i wtedy tego nie można, tego nie można, i tego nie można. Tak naprawdę, nic nie można.

Kiedy ja tu czytam, że wtedy „dyrektor będzie mógł poprzez skierowanie dodatkowego personelu w obszary i w czasie największego natężenia pracy", to powiem, konia z rzędem temu, kto zmusi lekarza z oddziału, żeby on zszedł na SOR, bo jest tam akurat więcej ludzi. To jest po prostu niemożliwe… On w danej chwili może nawet nie mieć roboty na oddziale, ale jeśli jest na kontrakcie, to kontrakt tego nie obejmuje, a jeśli jest na umowie o pracę, to powie, że on jest specjalistą w tym oddziale i dyżuruje w tym oddziale.

Wydaje mi się więc, że jeżeli już państwo opanowali sprawę finansową i polepszenia warunków pracy i pobytu na tym SOR, zarówno dla pracowników, jak i pacjentów, to teraz należałoby pomyśleć nad tym, dlaczego dalej jest tyle skarg na SOR-y. Dlaczego ciągle słyszymy – i to bez względu na to, kto rządzi, bo to nie o to chodzi – „bo się czeka", „bo to zła opieka". Wszyscy ludzie pracują tam, jak mogą, a w rezultacie jest ciągła skarga. Zatem gdzieś tu niedociągnięcia są.

Miałabym więc prośbę, aby może na następnym etapie tych SOR-ów, izb przyjęć itd., pochylić się właśnie nad tym problemem, w jaki sposób… Pan mówi, że rozszerza się w tej chwili wachlarz lekarzy, którzy tam mogą pracować. Co prawda, poniektórzy tylko do któregoś roku, te 3000 godzin. Potem jednak wychodzą problemy kadrowe i to naprawdę wielkie, bo niektórzy lekarze są oburzeni tym, dlaczego chirurg, pediatra czy kardiolog mają schodzić do izby przyjęć, a dermatolog czy położnik to już nie, bo już przecież nie są w tych wytycznych. Urolog nie jest w tych wytycznych. I mamy potem tego rodzaju problemy… No kosmetolog, to na razie nie. Mamy tego typu problemy kadrowe. Miałabym więc prośbę, panie ministrze, żeby przemyśleć problem izba przyjęć a SOR, co robić, kiedy pacjentów ze skierowaniem jest mnóstwo, napierają na szpital i nikt nie chce… A pacjenta trzeba zarejestrować, bo musi być w dokumentacji medycznej. Jeśli się go zarejestruje w SOR-ze, to lekarz mówi – „ja w SOR-ze nie pracuję, nie biorę odpowiedzialności, to jest pacjent skierowany na neurologię, ale ja nie jestem lekarzem SOR", i tak na okrągło. A na tę neurologię skierowanych jest 10 pacjentów.

To nie jest tak, że ktoś powie „zawołamy konsultanta", konsultant zejdzie, zobaczy i pójdzie na oddział. Nie, ten konsultant do południa ma pełno roboty w tym SOR i może nie wychodzić. Miałabym więc takie uwagi i taką prośbę, żeby na tym się pochylić, bo pomimo tego, co powiedziałam na początku, dalej będą skargi, skargi i skargi na SOR-y. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani poseł, ja uszanowałem pani oburzenie i nie przerywałem, ale, szanowni państwo, poddam to pod rozwagę – dwie osoby i w sumie 25 minut. Naprawdę myślę, że w 5 minut też można przedstawić wszystkie ważne postulaty, sprawy. Tak mi się wydaje. Bardzo proszę, pani przewodnicząca Wielichowska.

Poseł Monika Wielichowska (KO):

Panie przewodniczący, bardzo dziękuję. Szanowny panie ministrze, ja chcę jednak wrócić do sytuacji finansowej i skupić się na jednostkach ratownictwa medycznego, tym bardziej, że pod koniec ubiegłego roku pytałam ministra zdrowia w interpelacji o coraz trudniejszą sytuację u dysponentów realizujących zadania ratownictwa medycznego. Odpowiedź przyszła inna niż rzeczywistość, ale bardzo podobna do tej, którą dzisiaj usłyszeliśmy na posiedzeniu Komisji, a która jest zawarta w pisemnym materiale, jaki otrzymaliśmy. Ja odpowiedź ministra, razem z interpelacją, wysłałam do dysponentów ratownictwa medycznego na Dolnym Śląsku, bo jakby tylko tak możemy porozmawiać na temat tej trudnej sytuacji. Mam odpowiedzi od kilku z nich, oczywiście na piśmie. Jedni z nich

odpowiadają – i tu zacytuję – „Z całą odpowiedzialnością informuję, że odpowiedź pana Waldemara Kraski, sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia, stanowi swoistą manipulację faktami”. Inni natomiast piszą – też zacytuję – że „Sytuacja finansowa w ratownictwie medycznym na terenie Dolnego Śląska można powiedzieć jest bardzo trudna, żeby nie nazwać tego inaczej. Zagraża ona bezpieczeństwu zdrowotnemu mieszkańców Dolnego Śląska i my jako dysponenci robimy wszystko, aby nie dopuścić do pogorszenia wysokiej jakości udzielanych świadczeń przez brak środków finansowych. Szanowana pani, to pismo kieruję do Pani wiadomości, ponieważ trudno nie zareagować na informacje zawarte w odpowiedzi na interpelację, które tak bardzo odbiegają od rzeczywistości”.

O tę rzeczywistość chciałabym więc zapytać, ponieważ, panie ministrze – kilka faktów – sposób finansowania ratownictwa medycznego w żaden sposób nie uwzględnia nowych, dużo wyższych na przestrzeni ostatnich kilku lat, kosztów utrzymania jednostek i generuje ujemny wynik finansowy u wszystkich dysponentów ratownictwa medycznego w obecnym i przyszłych okresach. Kolejny fakt jest taki, że ujemne wyniki finansowe oscylują w granicach odpisu amortyzacyjnego i są na granicy płynności finansowej. Panie ministrze, jeśli mówi pan o wzrostach finansowania ratownictwa medycznego – bo one są, przecież widzimy to w tych tabelach, które są przedstawione i, to warto przy tym dodać, że są to pieniądze przeznaczone na chociażby produkt podwyżkowy dla pielęgniarek, ratowników medycznych, których, pod groźbą kary finansowej, nie można jednak przeznaczać na bieżące funkcjonowanie, a jeżeli analizujemy projekt budżetu 2020 r., to wygląda na to, że sytuacja wcale nie będzie wyglądać lepiej.

Już konkludując, chciałabym zadać pytanie. Kiedy będą większe pieniądze, takie, żeby chociażby jednostki realizujące zadania w zakresie ratownictwa medycznego nie bały się o płynność finansową i spokojnie realizowały swoje zadnia? Zresztą, to dotyczy całej służby zdrowia, a nie tylko ratownictwa medycznego. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję pani przewodniczącej. Jeszcze pan minister pyta o datę. Gdyby mogła pani to ustalić.

Poseł Monika Wielichowska (KO):

Wrzesień-październik 2019 r.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pan poseł Hardie-Douglas, bardzo proszę.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, ja z zainteresowaniem słucham tego. Nieuchronnie nasuwa mi się coś takiego, że jest to myślenie życzeniowe, to, o czym pan pisze. Wielokrotnie moi koledzy pracujący w mniejszych ośrodkach są zdziwieni takim dekretowaniem przez ministerstwo, co potem przekłada się na Narodowy Fundusz Zdrowia, różnych wytycznych, po jakim czasie pacjent w SOR-ze ma być załatwiony. To jest właśnie takie myślenie dekretami. Przyzna pan, że to niczego nie zmienia.

Państwo ciągle podnosicie standardy jakby w ogóle abstrahując od sytuacji, jaka jest w Polsce, od dramatycznego braku lekarzy. Lekarzy medycyny ratunkowej w tej chwili jest w Polsce chyba około tysiąca, ale to raczej na papierze, natomiast państwo chcielibyście, żeby w każdym SOR ordynatorem był specjalista medycyny ratunkowej, co wydaje mi się po prostu nieosiągalne.

Mówicie państwo – teraz tak sobie wymyśliliście w ministerstwie, jak rozumiem – że, aby poprawić sytuację pacjentów, to SOR musi zapewnić całodobowy dostęp do USG, tomografii komputerowej, badań endoskopowych. Czy pan zdaje sobie sprawę z tego, ile ludzie czekają w Polsce na badanie np. kolonoskopowe? W ośrodku, w którym ja pracuję, jest kolejka na ponad rok. Jakim cudem, przy tak małej liczbie lekarzy, którzy potrafią wykonać badanie endoskopowe, mamy zapewnić w SOR-ach całodobową obsługę endoskopisty? To jest zaklinanie deszczu. Pan po prostu myśli życzeniowo, jakby pan – nie wiem – w kosmosie fruwał. Zejdźmy na ziemię, zobaczmy, gdzie żyjemy i ilu jest lekarzy. Jeżeli…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo proszę kończyć, panie doktorze.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Dobrze. Już zmierzam do finału, ale chcę panu powiedzieć, jaka jest sytuacja w SOR -ach np. w województwie zachodniopomorskim. We wschodniej części województwa zachodniopomorskiego są dwa SOR-y – w Koszalinie i Szczecinku. Jest pytanie, dlaczego SOR-u nie ma w Kołobrzegu? Dlaczego SOR-u nie ma w specjalistycznym szpitalu w Wałczu? Powiem panu, dlaczego. Dlatego, że dyrektorzy tych szpitali w ogóle nie są zainteresowani zakładaniem SOR-u, ponieważ potem nie są w stanie tych SOR -ów udźwignąć.

SOR stał się taką bramką, którą pacjenci wchodzą do szpitala. Ponieważ SOR-ów jest mało, przyjeżdżają z połowy województwa do SOR-u i automatycznie zostają tam, i tam powinni być leczeni. Tymczasem doprowadzili państwo do czegoś takiego, że większość szpitali w tej chwili nie jest zainteresowana przyjmowaniem pacjentów, ponieważ pacjent to są koszty, które nie są pokrywane przez płatnika. W związku z tym, im lepszy szpital, im więcej pacjentów, tym gorsza jego sytuacja finansowa. To jest jakiś dramat. To jest w ogóle kompletnie irracjonalne. Dlatego SOR-y nie będą powstawać. A jeżeli SOR nie zabezpieczy tej całodobowej endoskopii, to co. Będziecie te SOR-y zamykać? Przecież to jest absurdalne. Niech pan zejdzie na ziemię, zobaczy, co się dzieje, nie patrzy z perspektywy Warszawy, Krakowa…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie doktorze, pan minister odpowie na to…

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Tak, tylko ja bym prosił, żeby przejechać się czasem do mniejszych miejscowości i zobaczyć, jak działają SOR-y w małych miejscowościach, gdzie jest dramatyczny brak lekarzy.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Pani poseł Kwiecień, bardzo proszę.

Poseł Anna Kwiecień (PiS):

Panie ministrze, panie przewodniczący, szanowni państwo, ja chciałabym zwrócić uwagę na pewien element albo sprawę związaną z informowaniem pacjentów, ponieważ, proszę państwa, wydaje mi się, że przez wiele, wiele lat w służbie zdrowia funkcjonowały tylko izby przyjęć, i w tym poczuciu tzw. funkcjonowania izby przyjęć pozostał personel medyczny i pozostali pacjenci. To znaczy, wydaje się, że po powstaniu szpitalnych oddziałów ratunkowych jest brak zrozumienia tego, w jaki sposób funkcjonuje szpitalny oddział ratunkowy.

Szpitalny oddział ratunkowy, podobnie jak każdy inny oddział, udziela świadczenia. Tam pacjent przychodzi i przez pewien czas tego pacjenta się obserwuje. Pacjenci bardzo często są zniecierpliwieni pobytem w szpitalnym oddziale ratunkowym, ponieważ, w ich przekonaniu, tam powinno dojść do bezpośredniego przyjęcia – jak można powiedzieć – i skierowania do oddziału specjalistycznego. Bardzo często personel to właśnie sygnalizuje, że do dnia dzisiejszego brak jest w tym zakresie pewnej edukacji, że szpitalny oddział ratunkowy spełnia funkcję podobną jak każdy inny oddział, tylko na tym oddziale odbywa się obserwacja i po kilku godzinach obserwacji lekarz kieruje pacjenta do oddziału, ewentualnie dokonuje wypisu do domu, po udzieleniu świadczenia zdrowotnego.

Uważam, że w tym zakresie jest jeszcze wiele do zrobienia, żebyśmy pacjentów po prostu informowali właśnie na poziomie szpitalnych oddziałów ratunkowych, jaki jest zakres udzielania świadczeń zdrowotnych na SOR-ach. Wydaje mi się, że tutaj jest pewien brak informacji. I to odnosi się do tego, co pani poseł mówiła, dlaczego nadal jest tak wiele skarg, dlaczego pacjenci są zniecierpliwieni. Myślę, że dlatego, iż nadal jest brak zrozumienia właśnie tej podstawowej funkcji, jaką ma spełniać szpitalny oddział ratunkowy. To jest pierwsza sprawa.

A druga sprawa, to – moim zdaniem – nadal masowe kierowanie pacjentów do szpitalnego oddziału ratunkowego, bardzo często tylko po to, żeby, po prostu, dokonać badań.

Zdiagnozować z pominięciem podstawowej opieki zdrowotnej. To, czego podstawowa opieka zdrowotna bardzo często unika, czyli wykonanie badań pacjentom, bardzo często, niestety, spada na szpitalne oddziały ratunkowe. Taka jest prawda, niestety i musimy – moim zdaniem – coś z tym zrobić.

Natomiast, ja bardzo się cieszę, bo to sprawozdanie pokazuje naprawdę ogromny progres w finansowaniu szpitalnych oddziałów ratunkowych, ale jest też bardzo ważny element... I ja do pana doktora, który tak ciągle mówił na temat braku personelu…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Ja bym bardzo prosił…

Poseł Anna Kwiecień (PiS):

Już kończę.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

…mówmy swoje myśli, a nie odnośmy się do siebie nawzajem.

Poseł Anna Kwiecień (PiS):

Dobrze. Ja tylko chcę jeszcze raz przypomnieć o ogromnej dziurze pokoleniowej w obszarze personelu medycznego, a ta dziura pokoleniowa zaczęła się tworzyć już w latach 90., kiedy służba zdrowia przestała być odpowiednio finansowana. Najpierw był ogromny odpływ personelu medycznego do firm farmaceutycznych. Mówię o lekarzach i o paniach pielęgniarkach. Potem był rok 98, cztery wielkie reformy, w tym reforma służby zdrowia, wprowadzenie systemu rezydenckiego. Wtedy to, proszę państwa, nawet jeśli lekarze kończyli kierunek medyczny, to okazywało się, że na specjalizację w ramach etatu rezydenckiego mogła dostać się tylko niewielka grupa. Młodzi ludzie zaczęli wyjeżdżać z kraju i, proszę państwa, dzisiaj, żeby zasypać tę ogromną dziurę pokoleniową, po prostu potrzeba czasu. My przez 4 lata nie nadrobimy tego, czego nie zrobiono przez lat 12, bo wykształcenie lekarza to jest proces co najmniej 13-letni, proszę państwa. My jesteśmy dzisiaj po czterech latach, a właściwie po pięciu latach od rozpoczęcia – można tak powiedzieć, przepraszam – zasypywania tej wielkiej dziury pokoleniowej i w zakresie…

Tak, panie doktorze, proszę nie kiwać głową, ale tak jest. Może pan tego nie wie, ale ewidentnie widzimy wzrost np. w obszarze pań pielęgniarek, ponieważ rok ubiegły to był pierwszy rok, kiedy wszystkie absolwentki wydziałów pielęgniarskich odebrały zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu. W poprzednich latach nie odbierało ich 30, a nawet 40%. Kończyły szkołę i nie chciały kontynuować swojej drogi zawodowej. To był pierwszy rok. A dlaczego? Dlatego, że ewidentnie poprawiły się wynagrodzenia. To 1100 zł podwyżki dla pań pielęgniarek spowodowało zahamowanie odpływu średniego personelu. Podobnie z lekarzami… Słucham? Tak, było 1100, a wcześniej 400. W sumie, 1600… Tak, już kończę.

Tak więc, proszę państwa… Ja do pani poseł Gelert, która, moim zdaniem, bardzo… Chcę powiedzieć, że ja bardzo się cieszę z tej wypowiedzi, bo pani doktor tu też wskazuje, że to jest coś ponad podziałami. Jest pewien progres – tego nie da się nadrobić w ciągu czterech lat. My musimy do tej sprawy podchodzić w sposób bardzo spokojny i naprawdę rzetelnie zobaczyć, z jakiego punktu wychodzimy. A wychodzimy z takiego punktu, że 4 lata temu rozpoczęliśmy wielką reformę i zaczęła się ona od maksymalnego zwiększania liczby personelu w systemie ochrony zdrowia, ale efekt przyjdzie dopiero… Moim zdaniem, pierwszy efekt będzie za 2 lata, a kolejny za kolejne lata. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Pan poseł Rutka, bardzo proszę.

Poseł Marek Rutka (Lewica):

Dziękuję…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Ja wszystkich państwa proszę…

Poseł Marek Rutka (Lewica):

…postaram się możliwie syntetycznie…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

No właśnie, o syntetyczne wypowiedzi. Można to wszystko powiedzieć, tylko krócej.

Poseł Marek Rutka (Lewica):

Będę się starał. Chciałbym wrócić do nakładów na PRM i SOR. W latach 2015-2020 wynosiły one 1,6‰ PKB. W roku bieżącym to jest 1,8, tak więc nie da się ukryć, że jest to wzrost, ale w ciągu tego okresu, czyli między rokiem 2015 a obecnym, PKB wzrósł o 25%, natomiast nakłady na PRM i SOR o 12. W związku z tym, trzeba też pamiętać o sile nabywczej pieniądza i czymś takim, co jest w ekonomii, czyli inflacji. Tak więc, na papierze to wygląda dobrze, ale jeśli się przyjrzymy, porozmawiamy o szczegółach, to jest już trochę gorzej.

Chciałbym się posłużyć konkretnym przykładem zakontraktowania dobokaretki zespołu „P" w jednym z miast powiatowych. Ryczałt dobowy z NFZ to jest 2988 zł. Przyjmijmy, że w czasie tej jednej doby zespół podstawowy dokona jednej resuscytacji, ma do czynienia z jednym urazem wielonarządowym, ciężkim oparzeniem i jednym zadławieniem z RKO. Przy wykorzystaniu leków i niezbędnych środków koszty tego wynoszą 3802 zł. Jeśli dodamy do tego koszty dobowe zespołu, czyli pielęgniarka, ratownik, narzuty, amortyzacja, paliwo, to pojawia się kwota 6482 zł. Odejmując od tego ryczałt NFZ 2998 zł, jesteśmy na minusie 3484 zł…

Właśnie, jak to działa. Działa to trochę na zasadzie, nazwijmy to, rachunku prawdopodobieństwa. To znaczy – wie pan – to działa wszystko do czasu. W sytuacji takiej… Ja wiem, to jest Nobel z ekonomii. To się należy tym dyrektorem stacji pogotowia ratunkowego… No właśnie. To raczej pytanie, jak długo to będzie działało… Tak, idziemy teraz pod kreskę. Tak, idziemy teraz pod kreskę, dokładnie. Państwo zakupiło 200 ambulansów, bo inaczej ten system by się załamał. Po prostu, stacje pogotowia nie mają środków, aby odbudowywać tabor. Dlatego trzeba by podjeść do tego systemowo. Trzeba pamiętać, że dawno temu były normy, np. na wiek ambulansu i przebieg… Były, były. W PRL-u były. Karetka reanimacyjna mogła jeździć 3 lata, a potem była degradowana do karetki wyjazdowej. W tej chwili takich norm nie ma.

Moje pytanie dotyczy tego, czy jest planowane włączenie Górskiego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego i Tatrzańskiego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego w strukturę Ministerstwa Zdrowia, ponieważ obecnie te organizacje funkcjonują w ramach MSWiA, czyli Krajowego Systemu Ratowniczo-Gaśniczego. Jak wiadomo, udzielanie pomocy w górach z gaszeniem pożarów za dużo wspólnego nie ma. I tak te zespoły współpracują na co dzień z PRM-em, więc warto byłoby poważnie się zastanowić nad tym, aby one zostały wciągnięte do systemu PRM. To też mogłoby oznaczać, że nastąpi realny wzrost wynagrodzenia, bo np. bazowe wynagrodzenie ratownika pokładowego w TOPR, w śmigłowcu, to ok. 2600 zł.

Chciałbym jeszcze zadać może takie pytanie, czy są czynione starania, aby pracownicy PRM-u byli służbą mundurową na wzór straży pożarnej i policji. To znaczy, chodzi o uprawnienia i przywileje wynikające z tego faktu, czyli chociażby możliwość przechodzenia na wcześniejszą emeryturę.

Kolejne zagadnienie, to opracowanie ogólnopolskich procedur bezpieczeństwa ratowników medycznych, którzy, w sytuacji prawnie trudnej, byliby bronieni przez swego pracodawcę, a obecnie w sytuacji kryzysowej są raczej wystawiani na żer prawników. A także, czy jest rozważana taka kwestia, jak nadanie ratownikom medycznym ze stażem pracy w SOR-ach minimum 5 lat oraz pielęgniarkom ze specjalizacją w dziedzinie medycyny ratunkowej i specjalizacjami pokrewnymi, uprawnień do samodzielnego realizowania świadczeń medycznych, czyli zebrania wywiadu, badania i zlecania profilaktyki, w przypadku pacjentów, którzy na podstawie tej segregacji wstępnej zakwalifikowani byli jako oczekujący w kodzie niebieskim i zielonym. Obecnie, po zakończeniu tego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego chory musi zostać przedstawiony, wraz z dokumentacją, lekarzowi dyżurnemu SOR do potwierdzenia. Aby możliwe było zrealizowanie tej propozycji, konieczne jest rozszerzenie listy osób uprawnionych do zlecenia badań radiologicznych, które są określone w prawie atomowym.

I ostatnie pytanie. Czy jest rozważana kwestia utworzenia ambulatoriów chirurgicznych w miastach z liczbą mieszkańców większą niż 50 tys.? Czyli, jest to swego rodzaju propozycja powrotu do przeszłości. Jak pamiętacie państwo, przy stacjach pogotowia były takie ambulatoria. One realizowały zadania w przypadkach nagłych i mogłyby istotnie odciążyć SOR-y w lżejszych przypadkach. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Pan poseł Hok, bardzo proszę.

Poseł Marek Hok (KO):

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie ministrze, mówimy, że pacjenci narzekają, są niezadowoleni, w SOR-ach kolejki, nieszczęścia się dzieją, ale przecież wiemy doskonale jako praktycy, że 50% tych pacjentów nie powinno nigdy do SOR-u trafić. Powinni być załatwiani w nocnej i świątecznej opiece, ale u lekarza rodzinnego.

Mamy już ponad 25 lat funkcjonowania POZ-u i lekarza rodzinnego. Pan Czesław Hoc, mój kolega, był jednym z prawnych inicjatorów tego ruchu. I przecież „chodziło" to doskonale przez wiele lat. Lekarz rodzinny pracował od 8 do 20, później była nocna i świąteczna pomoc, którą pełnili lekarze rodzinni w różnego rodzaju formach grupowych praktyk zdrowotnych czy pojedynczych, i „chodziło" to doskonale. W momencie, kiedy to… Widocznie jesteśmy w zupełnie innych regionach. „Chodziło" to dobrze i właśnie w momencie, kiedy powstały problemy z nocną i świąteczną pomocą, powstały SOR-y. I to SOR spowodował, że pacjenci są wypychani przez lekarza rodzinnego, bo jeśli nie trafi do specjalisty to pójdzie na SOR, gdzie diagnostyka musi być dokonana – i to jeszcze diagnostyka rozszerzona, o której właśnie mówimy, której nie ma kto wykonać normalnie w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, a co dopiero powiedzieć, w SOR-ach. Kolejki się wydłużają, pacjenci są niezadowoleni. Dlaczego nie wrócimy do dyskusji o tym, czy nie mielibyśmy cofnąć się do tego, co było u zarania podstawowej opieki zdrowotnej, opieki całodobowej przez lekarza, tylko wpychamy wszytko do szpitalnego oddziału ratunkowego, a nocna i świąteczna pomoc obowiązkowo ma być przy tym SOR-ze? Przecież nigdy z tego się nie wywiniemy, jeżeli rzeczywiście tak będzie się odbywała ta opieka. Pacjenci będą tam kierowani, bo wiedzą, że tam mogą znaleźć diagnostykę, i będą czekać godzinami, żeby zrobić sobie rezonans, tomografię czy to badanie specjalistyczne, którego nie uzyskają u lekarza specjalisty, bo tam są wielkie kolejki. Musimy przekierować te nakłady na AOS i o tym wiemy doskonale. To na tyle. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pozwólcie państwo, że teraz ja zabiorę głos, zresztą może częściowo wpisując się w to, o czym przed chwilą powiedział pan poseł.

Szanowni państwo, sytuacja jest następująca. Kiedyś zakładano – niestety, już wiele lat temu – że lekarze rodzinni będą pełnić nocną i świąteczną pomoc medyczną. Pod wpływem nacisków tego środowiska, już wiele lat temu – zostawmy, kiedy, który rząd, bo to w tej chwili nie ma już żadnego znaczenia – dość szybko z tego się wycofano umożliwiając funkcjonowanie nocnej i świątecznej pomocy w innym zakresie. Efekty są takie, że ci pacjenci w praktyce i tak trafiają do SOR, gdzie spotykają się z pacjentami, którzy rzeczywiście powinni trafić do SOR, czyli są przypadkami, które wymagają nagłej pomocy w oddziale ratunkowym.

Nie zapominajmy, od czego jest oddział ratunkowy. To nie jest miejsce, w którym można sobie prowadzić przychodnię w takim rozumieniu. Pojawili się jednak pacjenci, którzy później narzekali, że są bardzo długo, ale, na dobrą sprawę, w ogóle nie powinni tam trafić. W związku z tym stwierdzono, zgodnie z tym, czego też oczekiwali dyrektorzy szpitali, skoro ktoś dostawał pieniądze za nocną i świąteczną pomoc, a ktoś inny to wykonywał, że przekieruje się te pieniądze i będzie możliwość zapłacenia de facto za tę część świadczeń medycznych na poziomie SOR-u. Jak widać w praktyce, również tutaj są różnego rodzaju kontrowersje i z tego, jak rozumiem wynika ten pomysł, skoro już ta nocna i świąteczna pomoc jest wykonywana, powołania gdzieś przy SOR-ze miejsca, gdzie będzie można tych pacjentów oddzielić.

Oczywiście na to wszystko nakłada się jeszcze kwestia organizacji SOR-u, bo pomijając nawet tych pacjentów, którzy tam nie powinni trafić, to są tacy – i wszyscy lekarze

o tym wiedzą, chociażby lekarze, którzy są w Komisji – którzy wymagają natychmiastowej pomocy i tacy, którzy mogą poczekać krótko albo nieco dłużej, w zależności od tego, z czym słusznie się zgłosili do SOR-u, czy ktoś ich przywiózł. W związku z tym, wymaga to pewnej – brzydkie słowo – segregacji. W pewnych miejscach to wychodzi lepiej, w innych gorzej. Efekty są takie, że są miejsca i można podać przykłady dyrektorów szpitali, gdzie to jest dobrze zorganizowane, i są sytuacje takie, że ktoś jest 10 godzin i na dobrą sprawę nie wie właściwie, dlaczego. Jak rozumiem, istotą sprawy jest to, żeby to uporządkować, co wskutek grzechu pierworodnego rzeczywiście nie jest łatwe, bo teraz pewne rzeczy trudno będzie odkręcić.

Dodatkowo pan poseł słusznie powiedział o innym, szerszym problemie diagnostyki, która miała być w POZ, później jej nie było, a teraz ma być ponownie, co zdecydowanie odciąży AOS i spowoduje, że nie będzie tych patologicznych problemów, o których pan mówił, że ktoś trafia do szpitala po to, żeby mu zrobiono tam diagnostykę. To tyle w tej sprawie.

Kolejne zgłoszenia. Ja widzę wszystkich państwa. Pan poseł Korwin-Mikke, bardzo proszę.

Poseł Janusz Korwin-Mikke (Konfederacja):

Będę mówił krótko jak na wagę tematu. Proszę państwa, ja proponuję, żebyście przez chwilę przestali myśleć o tym, że walczycie o załatwienie dwóch dodatkowych karetek czy siedmiu dodatkowych łóżek i spojrzeli na sprawę ogólnie. Jesteście po prostu śmieszni, jeśli popatrzycie na to ogólnie.

Popatrzcie państwo na dziedzinę, jaką jest wyżywienie ludności. Bardzo ważna dziedzina. Nikt nie zajmuje się tym, jaki ma być stosunek kelnerów do kucharzy. Nikt nie zajmuje się problemem, czy kuchcik ma prawo przesuwać patelnię po blacie. Nikt nie zajmuje się problemem, ile ma być nóg stołu na jednego klienta i dlatego tam wszystko działa. Nikt nie dyktuje na temat tego, czy, gdy chory zasłabł z braku jedzenia, trzeba mu dać bar szybkiej obsługi czy kuchnię wegetariańską. To wszystko się załatwia, bo nie istnieje… Problemem nie jest to, że ministerstwo działa źle, tylko to, że ono istnieje. Istnienie ministerstwa powoduje problemy.

Jak słusznie tutaj pan zauważył, gdyby nie było tego wszystkiego, to do lekarzy po prostu nie byłoby kolejek. Proszę pana, pan Owsiak biega, załatwia, jakąś aparaturę kupuje, a ta aparatura przez 2/3 doby stoi niewykorzystana. W normalnym kraju nie byłoby tak, że jest dziewięciu lekarzy, z czego sześciu nie ma aparatury, a trzech siedzi przy trzech aparatach, które pracują 8 godzin dziennie. Aparatura pracowałaby 24 godziny na dobę i wtedy problem kolejek do kolonoskopii by się panu rozwiązał, po prostu i zwyczajnie. Chory woli po prostu pójść badać sobie jelito czy coś tam o czwartej nad ranem niż czekać dwa lata. Nie działa zysk. Jak powiedział Churchil – wyłączyliście zysk – wyjęliście z zegarka sprężynę i dziwicie się, że nie działa. Sprężyną jest zysk. Jak jest socjalizm… Socjalizm to jest ustrój, w którym bohatersko pokonuje się trudności nieznane w żadnym innym ustroju. Wy je pokonujecie w tej chwili.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan przewodniczący Piecha.

Poseł Bolesław Piecha (PiS):

Nie chciałem się odnosić, ale oczywiście wiadomo, że wyżywienie a system ochrony zdrowia to są dwie zupełnie różne sprawy i nie da się ich porównać, panie pośle, choćby pan nie wiem jakie kalambury słowne tworzył. Muszę panu powiedzieć, że ten Churchill, którego pan przywołał, stworzył jeden z podstawowych systemów opieki zdrowotnej, nazwany systemem Beveridge`a. Za Churchilla to on był jakby głównym patronem tego systemu. I tam, gdzie są środki publiczne, tam niestety są regulacje, i pan o tym wie. Jeżeli trzeba zlikwidować państwo, no to jest pana sprawa, ja tego nie…

Ja chciałbym jednak przede wszystkim podziękować ministerstwu – bo ja czuję się również tym, który psuł ten system – przede wszystkim za to, że jednak budżet państwa ten system mocno finansuje i pani poseł słusznie powiedziała, że takich nakładów dawno nie było. I te nakłady ponosi budżet, łącznie z samorządami. Samorządy trochę mniej, ale budżet dość mocno, bo chociażby te karetki, chociażby inwestycje w SOR-ach itd., to jest

przecież budżet. Te pieniądze inaczej by się nie pojawiły. Mam nadzieję, panie ministrze, że zagwarantujecie to, że ten system będzie miał jednak stałe wsparcie budżetowe.

A drugie – to są już dużo większe problemy, czyli te materialne – to są zasoby. Bogu dzięki, że jest duży nacisk i też finansowanie budżetowe, na szkolenie lekarzy, pielęgniarek i ratowników medycznych. Bogu dzięki, że udało się uruchomić ten system, bo zasoby ludzkie tych, którzy nas leczą, są problemem nie tylko polskim, ale i europejskim, i światowym. Po prostu, lekarzy nie ma. I nie należy na to narzekać, ponieważ medycyna tak poszła do przodu, że dzisiaj przeciętny lekarz nie uruchomi tomografu komputerowego, choćby nie wiem, co robił. Ba, nawet taki specjalista jak pan poseł go nie uruchomi i obawiam się, że nie odczyta wyniku. Ja nie, ale ja nie praktykuję od dwudziestu lat, więc jestem usprawiedliwiony. To jest oczywiście program długofalowy i mam nadzieję, że będzie realizowany, czyli nakłady na szkolenie fachowych pracowników medycznych zostaną utrzymane.

No i są oczywiście te problemy finansowe, z którymi cały czas się borykamy. One są jakoś utrzymane.... I są sprawy, niestety, które są piętą achillesową, czyli sprawy organizacyjne. Te organizacyjne, oczywiście, próbuje się jakoś przez ten TOPSOR regulować, przynajmniej informatycznie, żeby mieć więcej wiedzy, no, ale błędem, w którym ja uczestniczyłem, wtedy jako poseł opozycji, było psucie nocnej i świątecznej opieki wyjazdowej. Przecież na początku ona była przypisana do lekarzy rodzinnych. Niestety, mieliśmy falę różnych protestów i problem miękkiego podbrzusza, jakim było ministerstwo i nacisk opinii społecznej, że trzeba było po prostu zdejmować pewne obowiązki.

Czy jest szansa wrócenia do tego? Tego nie wiem, ale pacjent powinien w 70-80… Ja nie mówię o tym, czy jest szansa powrotu. Ja nie mówię, kiedy, co i jak – to pan jest od tego ekspertem, ja nie – ale, żeby jednak była przynajmniej legislacyjnie próba powrotu do tych spraw, żeby POZ jednak dociążyć tą nocą i świąteczną pomocą wyjazdową. Wiem, że nie jest to łatwe, bo opór związany z przyzwyczajeniami i wywalczonymi przywilejami zawsze jest potężny.

I druga sprawa, to jest kwestia organizacyjna, związana z tym, co na SOR się dzieje. Po prostu, nie ma segregacji. Każdy pacjent pieszo, całkiem żwawym krokiem, zmierza w niedzielę wieczorem, gdzie. Na SOR, bo ma jakąś kolkę w prawym lub lewym podbrzuszu z powodu zbyt szybkiego biegania. Na ten SOR wszystkie karetki pogotowia na bieżąco zwożą i jest z tym kłopot. Myślę, że te zespoły *„randez-vous”* będą jakimś rozwiązaniem, żeby częściej pacjenta utrzymać w domu, a nie od razu pchać go do placówki opieki zdrowotnej. I to są problemy, na które ja dzisiaj tak łatwych rozwiązań nie widzę.

Na SOR powinien trafić pacjent, który jest w stanie zagrożenia zdrowia i życia, a nie pacjent, który ma jakieś objawy. Pacjent, którego boli, ma rację. On sam się nie wyleczy. Ktoś go musi zdiagnozować i to pierwsze sito, czyli nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, u nas kuleje. Ja w tym uczestniczyłem. To do posłów dzisiejszej opozycji. Wtedy ja byłem w opozycji, ale też podnosiłem rękę, kiedy w dużych ustawach tę nocną i świąteczną pomoc wyjazdową z POZ-u stopniowo, stopniowo i coraz chyżej usuwali. To jest praprzyczyna. Czy to da się zmienić? Nie wiem, ale należałoby jednak tworzyć te placówki, żeby były…

Czy powrót do dawnych ambulatoriów pogotowia ratunkowego jest możliwy? Chyba nie. 30 lat nie istnieje taki system, a może 25. Odtworzenie go jest prawie niemożliwe, ale wtedy były inne standardy. Wtedy nikt z urazem głowy nie oczekiwał, że zrobią mu tomografię komputerową, już nie mówię o rezonansie, bo ja na studiach o rezonansie uczyłem się jako o wyjątkowym eksperymencie medycznym, a dzisiaj to jest standard.

W związku z tym pośpiechem, ja chciałbym usłyszeć tylko odpowiedź, czy będzie utrzymane finansowanie budżetowe, żeby wspomagać ten system. O kadrach się nie wypowiadam, bo to jest bardzo trudna sprawa, i dobrze, że się poszerza ten zasób lekarzy, którzy mogą tam pracować. I oczywiście cały problem SOR – centrum segregacyjne, nocna i świąteczna opieka zdrowotna. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Pan przewodniczący Miller, bardzo proszę.

Poseł Rajmund Miller (KO):

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie ministrze, ja chciałbym zdać konkretne pytania, bo problemy są i były zawsze, i musimy je rozwiązywać ponad podziałami politycznymi. Państwo 1 lipca wydaliście rozporządzenie, które – dla dobra pacjenta – podnosi standardy w SOR-ach, ale one, z przyczyn, które już tu były podawane, często są niemożliwe do spełnienia.

Ja w województwie opolskim uzyskałem informację na temat tego, że ileś SOR -ów po prostu nie będzie w stanie uczciwie podpisać umów na świadczenia, zwłaszcza ze względu na wymagane badania endoskopowe, ponieważ takich specjalistów nie ma. Panowie na pewno znacie sytuację szpitala przy ul. Katowickiej, który nadal znajduje się w sytuacji zagrożenia działania SOR-u. Czy macie państwo jakieś dane z kraju od dyrektorów szpitali, czy inne SOR-y w kraju znajdują się w podobnej sytuacji, bo to jest bardzo istotne?

Drugą sprawą jest to, o czym słyszymy, że bywają pacjenci, którzy 5-6 dni czekają na SOR-ze na przyjęcie w oddziale wewnętrznym lub innym, czego nie powinno być, bo tak jak koledzy podkreślali, SOR jest miejscem, gdzie udziela się świadczeń przy stanie zagrożenia życia. Dobre rozporządzenia, które wymagają większej liczby pielęgniarek na łóżko pacjenta, spowodowały, że część oddziałów internistycznych zamknęła się. Wiem, że zgodnie z rozporządzeniem, szpital, który dysponuje SOR-em, ma obowiązek – nie wiem, czy dalej jest tak –że pacjent w tym szpitalu powinien znaleźć miejsce w oddziale do dalszego leczenia. W związku z tym, jeżeli dzisiaj mamy informację, że codziennie w Polsce zamyka się jeden oddział szpitalny, to istnieje obawa czy pacjenci z SOR-u, ci, którzy naprawdę wymagają pomocy, znajdą pomoc w oddziałach w danym szpitalu.

Następną sprawą jestem bardzo zainteresowany, bo dobrze, że środki rosną – państwo to pokazujecie – ale, z drugiej strony, mamy 14 300 000 tys. zł zadłużenia szpitali, w tym 2 000 000 tys. zł zadłużenia wymagalnego w tym roku. Czy państwo jesteście dzisiaj w stanie powiedzieć – bo SOR jest częścią szpitala – czy to zadłużenie wymagalne szpitali, których dyrektor stanie w pewnym momencie przed zagrożeniem, że przyjdzie komornik i zajmie sprzęt…? Czy jesteście w stanie zagwarantować spłatę długów lub pomoc tym szpitalom? Czy nie będziemy mieć sytuacji, w której, ponieważ SOR jest częścią szpitala i sprzęt w tym SOR jest własnością tego szpitala, ten sprzęt zostanie zajęty poprzez działania komornicze, bo wtedy będzie tragedia? W związku z tym, jak państwo chcecie rozwiązać tę wymagalność, płatność 2 000 000 tys. zł. Czy podjęliście takie negocjacje? Czy znacie taką sytuację i czy wiecie, jakie groźby stoją realnie przed tymi szpitalami?

To są istotne rzeczy, bo SOR nie działa pojedynczo czy osobno. On jest częścią całego zespołu, który nazywa się szpitalem. Jak państwo na to patrzycie, bo, bez względu na poglądy polityczne, to jest problem, który należy pilnie rozwiązać dla dobra pacjentów. I potwierdzam jeszcze to, co mówili moi przedmówcy, że faktycznie błędem było zabranie z POZ-u opieki nocnej i świątecznej, bo to nam też sprawiło wiele problemów.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję. Pan przewodniczący Hoc.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie ministrze, mam takie dwie, ogólne konstatacje. Pierwsza, to jest stwierdzenie – chyba wszyscy się zgodzimy – że ratownictwo medyczne, szpitalne oddziały ratunkowe, to jest newralgiczny dział medycyny. To jest nerw medycyny, po prostu. Tam rzeczywiście odbywa się walka o życie, tam są złote minuty, nawet powiedziałbym złote sekundy. Czasem życie człowieka zależy właśnie od sprawnej, dobrze uporządkowanej, sprawnej merytorycznie i fachowej pomocy zespołu ratownictwa medycznego i potem szpitalnych oddziałów ratunkowych. To, z jednej strony. Z drugiej strony – druga konstatacja – fajnie, że dzisiaj tak dobrze merytorycznie i spokojnie dyskutujemy, bo to przynosi efekty i to jest dobry prognostyk dla naszej Komisji.

A trzecie, to taki paradoks, bo z jednej strony widzimy, że rząd dużo robi w aspekcie ratownictwa medycznego – poprawy warunków, sprzętu. Widzę tutaj pana dyrektora. Jeśli tutaj widzę, że będą śmigłowce ratownicze, jeśli chodzi o Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, które będą mogły operować w trudnych warunkach atmosferycznych i w nocy, to jest to bardzo wielki sukces, i dziękuję za to, i gratuluję.

Jeśli mamy teraz wymianę ambulansów, to też nie jest tak, że one były tak stare, że nie mogły być użytkowane, tylko były pewne kryteria według których były wymieniane. Karetki jeździły bardzo dobrze, a mimo to zostały wymienione, bo miały chyba 5 lat i ileś kilometrów miały przejechać… Tak. Tak więc były jeszcze dość dobre. Oczywiście jest podwyższenie wyceny wag punktowych, tak samo jak jest podniesienie stawki za wyjazdy specjalistyczne, zespoły itd. Telemedycyna – też bardzo istotny element, a więc przyspieszenie. Jest jednak jedno pytanie. Czy gdybyśmy – Nobla pewnie byśmy dostali – dali doskonale wyposażone SOR-y, a więc szpitalne oddziały ratunkowe, sprzęt, wielkie osiągnięcia, personel medyczny na najwyższym poziomie, to w takim razie… Przecież nie o to chodzi. Musi być wszystko bardzo wyważone, uporządkowane, zdroworozsądkowe, bo gdybyśmy tak naprawdę szybko, wzorcowo wyposażyli i uporządkowali SOR-y, to niepotrzebna by była ani ambulatoryjna opieka specjalistyczna, ani POZ, bo wszyscy szli by do SOR-ów… No właśnie, dlatego trzeba mieć… Przecież w piramidzie świadczeń najważniejsza jest POZ, podstawowa opieka zdrowotna, potem ambulatoryjna opieka, szpitale, a potem kliniki i instytuty. Trzeba więc mieć zdrowe podejście do tych elementów w służbie zdrowia.

Na koniec mam jedno pytanie, może smutne, doceniając to, co rząd i minister robią. Jest tam jednak taka informacja – oczywiście bardzo duża jest liczba pacjentów w jednostkach systemu – że śmiertelność wyniosła 78 tys. w 2017 r. i 67 tys., spadek. Co prawda jest to bardzo mały procent – to nawet nie jest procent, a promile – ale chodzi o to, że nie ma tu podanych przyczyn. Jeśli to jest uraz wielonarządowy, przyjeżdża do SOR-u, no to… Jednak, czy to jest z przyczyn incydentu sercowo-naczyniowego, czy epizodu sercowo-naczyniowego… Czy jest kwalifikacja tego wszystkiego, czy to jest tylko ogólna liczba? Chodzi mi o to, czy prowadzicie państwo, czy ministerstwo prowadzi takie szczegółowe rozróżnienie przyczyn tych zgonów, czy to jest z powodu nagłego wypadku, obrażeń wielonarządowych, czy z przyczyn sercowych czy innych powikłań, czy też innych przyczyn. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Płonka, proszę bardzo.

Poseł Elżbieta Płonka (PiS):

Dziękuję bardzo. Ja jestem lekarzem rodzinnym i chcę powiedzieć, że to nie jest takie proste, że lekarz rodzinny będzie wykonywał całodobową opiekę, ale dla pana ministra mam taką propozycję, ponieważ ja z mojej praktyki kieruję do szpitala pacjenta, np. kardiologicznego i ten pacjent ze skierowaniem do oddziału kardiologicznego trafia do SOR-u. Dlaczego? Przecież ja wysiliłam się, żeby zrobić mu EKG, stwierdziłam migotanie przedsionków, a on trafia do SOR-u i jest tam tak samo traktowany jak każdy inny pacjent, który tam trafia.

Po co dublujemy własne wysiłki? Właśnie brakuje mi tego skrócenia… To jest organizacyjna sprawa. Tak nie może być, że do SOR-u trafiają wszyscy i ci, którzy sami przyjdą, i ci, których karetka przywiezie, i ci, których skieruje lekarz rodzinny. To jest właśnie prośba o to, żebyśmy się zastanowili w ministerstwie nad tą organizacją SOR-ów albo uporządkowaniem, bo niepotrzebnie tracimy czas. Ja badam pacjenta, stwierdzam zawał – to ja to rozumiem – migotanie, zaburzenia rytmu, ale on idzie do SOR i tam znowu godzinami jest traktowany… Dlatego pacjenci skarżą się na sposób działania SOR-ów, że godzinami tam przebywają, więc po co ja mam ich kierować. Powinniśmy wezwać karetkę i niech pacjenta bierze, a ja wydaję skierowanie z podejrzeniem takim, na neurologię czy kardiologię. To zmarnowanie czasu. To jest właśnie organizacja SOR-ów.

Po drugie, nie da się zrobić w SOR-ach endoskopii – już tu padało to zdanie – ponieważ endoskopistów jest mało. Proszę państwa, kolonoskopii, gastroskopii nie zrobi każdy lekarz. Musiałby być gastrolog na dyżurze i być wykorzystywany, albo z upraw-

nieniami… Naprawdę, to są badania diagnostyczne, które trzeba umieć zrobić… Jesteśmy w Polsce, mamy polskich lekarzy, polskie możliwości. W związku z tym, odnosimy się do tego, co mamy.

Wracając do całodobowej opieki. Ja przeszłam wszystkie etapy. Była lekarzem, który wykonywał całodobową opiekę. Zorganizowałam moich kolegów w mieście Gorzowie. Kupiliśmy nawet karetkę przewozową, bo mieliśmy problem, jak dojeżdżać do pacjentów. To wszystko upadło w pewnym momencie. A teraz – podaję przykład – w mojej sześcioosobowej, zespołowej praktyce 4 osoby są emerytami, a dwie osoby jeszcze nie mają emerytury. Kto z nas będzie chciał wykonywać poza swoją pracą jeszcze całodobową praktykę?

Po nas, lekarzach rodzinnych – bo to upadło, ale to były pieniądze – przejęło pogotowie ratunkowe i przez jakiś czas to wykonywało. Potem okazało się, że przecież szpitale mogą skorzystać z tych pieniędzy na całodobową opiekę, a zatem przerzucono to dając możliwość wykonywania całodobowej opieki szpitalom, żeby dostały jeszcze jakieś dodatkowe pieniądze. Bo to są pieniądze. To była złotówka za pacjenta. Ja pamiętam, że to były takie pieniądze. Jednak ja tych pieniędzy, i żaden z moich 70-letnich kolegów lekarzy, nie będzie chciał, więc nie ma szans, żeby na POZ to zrzucić.

Jak to powinno funkcjonować? Uważam, że szpital powinien być dobrze zorganizowany, i tam powinna być całodobowa opieka, skoro jest, bo to też jest pieniądz, i powinien być SOR, jeśli szpital jest zdolny mieć SOR, i powinno funkcjonować coś, co przyjmuje zlecenia od lekarzy rodzinnych czy skierowania, a nie w ramach SOR-u, bo rzeczywiście jest to mieszanie kompetencji i zadań. Po co lekarz rodzinny ma kierować z odpowiednim rozpoznaniem…? Przepraszam, jeśli są wskazania, że pilnie wymagany jest szpital, to ja kieruję. Ja nie zabezpieczę w przychodni migotania ani arytmii, ani niczego takiego, ani zawału. Muszę skierować. Muszę skierować także z podejrzeniem udaru, bo i tacy pacjenci są. Z zawałem także trafiają. Jest to więc kwestia zorganizowania.

I na koniec, chwała, bo wojewodowie odpowiadają jedynie za to, co pan minister powiedział – ratownictwo medyczne. Za resztę odpowiadają organizatorzy szpitali, a to już nie są wojewodowie, i to już nie jest odpowiedzialność bezpośrednia Ministerstwa Zdrowia. Szpitale i wojewódzkie, i powiatowe, są organizowane przez samorządy, finansowane są na podstawie umów z Narodowym Funduszem Zdrowia i minister zdrowia może ustawowo narzucić tylko pewną organizację. I nad tą organizacją powinniśmy się skupić, zwłaszcza SOR-ów, bo one nie funkcjonują satysfakcjonująco dla pacjentów. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze zgłaszał się pan poseł Hardie-Douglas. Rozumiem, krótkie ad vocem. Bardzo krótko, panie pośle.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Tak, ja rozumiem, ale to jest dyskusja, a nie koreferaty i chyba mam prawo w dyskusji zabrać głos. Ja chcę powiedzieć, że bardzo mnie niepokoi dobre samopoczucie posłów PiS-u, państwa tutaj, między innymi to, co mówiła pani poseł o waszych czteroletnich sukcesach. To ja chcę tylko powiedzieć, że większość szpitali 5 lat temu miała zyski, a dzisiaj ponad 90% szpitali ma straty. To jest właśnie to… Ja jestem bliżej myślenia pana posła Korwina-Mikke. Wy zrobiliście po prostu krok w stronę powrotu do komunizmu. Zrobiliście budżetowanie i sieć. Ta sieć jest kompletnie niewydolna, ponieważ ona nie reaguje. Jest tak zaprogramowana, że nie jest w stanie reagować na wzrastające koszty leczenia. W związku z tym, jeszcze raz wracam do tego, że większość szpitali przynosi stratę, a nie opłaca się leczenie pacjentów. Tak, niestety, jest.

Mówi pani, że zasypujecie dziurę i nie wiem skąd macie jakieś takie statystyki, że jest w tej chwili więcej lekarzy. Więcej lekarzy nie będzie przez dekretowanie tego ani przez ministerstwo, ani przez NFZ, ponieważ państwo pod przymusem podwyższyliście nakłady na opiekę zdrowotną, które praktycznie cały czas to 4,7%, i tu jest clou programu. O tym powinniśmy rozmawiać. Jeżeli nie będzie w Sejmie konsensu odnośnie do tego, że…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie pośle, dzisiaj o ratownictwie medycznym rozmawiamy…

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Ale to, widzi pan…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Nie można mówić w każdej sprawie…

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Chciałbym, żeby pan zrozumiał, że te sprawy się łączą. Nie można nagle oderwać ratownictwa od całego systemu opieki zdrowotnej. Jest za mało pieniędzy w systemie i lekarze będą uciekać, ponieważ na zachodzie zarabiają więcej. To jest proste jak budowa cepa. Jeśli nie będziemy zdecydowani… Jeżeli my wydajemy w Polsce w liczbach bezwzględnych 10 razy mniej pieniędzy niż Niemcy, to niestety, tutaj lekarze nie będą zostawać i nie będzie ratowników, nie będzie lekarzy specjalistów ratowników. Możecie sobie wymyślać standardy, a one nie będą przestrzegane, ponieważ jest dziura i tej dziury za dwa lata, jak pani mówi, wcale nie zasypiecie. Będzie jeszcze gorzej niż jest dzisiaj.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Dlatego, może konkrety. W zeszłym roku wyjechało bodajże 611 lekarzy na 149 tys. Pan poseł Rychlik.

Poseł Paweł Rychlik (PiS):

Ja może troszkę łagodniej i z większym optymizmem. Panie ministrze, pragnę bardzo serdecznie podziękować za te 200 karetek, bo to było naprawdę ogromne wsparcie, również dla tych szpitali powiatowych, co świadczy o tym, że pan minister stąpa po ziemi, a nie buja w obłokach, jak tutaj ktoś powiedział.

I mam pytanie, panie ministrze. Czy podobny program wsparcia będzie kontynuowany, nie tylko odnośnie do ambulansów, ale i innego sprzętu medycznego? Chciałbym także zapytać o perspektywę czasową tego zapowiadanego systemu „*randez-vous*”. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję i proszę zaproszonych gości. Czy ktoś z państwa chce zabrać głos? Pani przewodnicząca Ochman, bardzo proszę.

Przewodnicząca Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność” Maria Ochman:

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, bardzo dziękuję za udzielenie głosu. Muszę powiedzieć, że w pełni podpisuję się pod tym, co powiedział pan przewodniczący Piecha. Niestety, wyszedł, ale trudno się nie zgodzić z prawdą, że to państwo politycy sami zepsuli ten system.

Trudno mi się zgodzić z tym co pani poseł Płonka tu mówiła, jak jest ciężko, jak leciwi są lekarze POZ-u i jak bardzo trudno jest to zorganizować. Tak się składa, że Porozumienie Zielonogórskie to jest nic innego jak zmowa świadczeniodawców. Proszę państwa, decydując się na zmianę, trzeba powiedzieć wprost – zmowa świadczeniodawców. Po prostu prywatni właściciele, prywatni lekarze umówili się, że nie przyjmują warunków. Czyli, idąc tokiem myślenia pana posła Korwina-Mikke, którego realizm tutaj bardzo ożywi posiedzenia naszej Komisji, nastąpiła właśnie taka sytuacja: „nie bierzemy tego, nie robimy tego, róbcie sobie co chcecie, zamykamy drzwi gabinetów, koniec, kropka”.

Ja powiem pani poseł tak. To było 20 lat temu, więc ci lekarze nie mieli 70 lat. Oni mieli pewnie trochę mniej niż dzisiaj. Natomiast, będąc członkiem Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z ramienia dialogu społecznego muszę powiedzieć, że stawki na POZ rosną niebotycznie, jeśli chodzi o stawkę kapitacyjną, w porównaniu z AOS-em, lecznictwem szpitalnym itd. itd.

Ja to rozumiem, jestem związkowcem – tyle uzysku, ile nacisku. Państwo macie już taką sytuację. Mogę to powiedzieć, ponieważ akurat podstawowa opieka zdrowotna stała się moim konikiem od czasu, kiedy odbijam się od drzwi gabinetów. Moja matka, która ma 80 lat i za nią państwo dostajecie najwyższą stawkę kapitacyjną, bo ma potencjalnie wszystkie choroby, nie może uzyskać numerka do lekarza, ponieważ państwo macie limit godzin, pracujecie jak biuro od 8.00 do 16.00, czy do 18.00. Ja przepraszam, bardzo

mi przykro, pani poseł, ale pani doskonale wie, podobnie jak my, że tak miała być zorganizowana ta opieka. To nie to, że lekarz podstawowej opieki zdrowotnej 24 godziny urzęduje, tylko, po prostu, dostaje odpowiednie środki finansowe i tę pomoc organizuje.

Pani zapytała mnie, czy ja bym się na to zgodziła. Nie wiem, nie jestem lekarzem, i bym się na to nie zgodziła. Natomiast państwo wprowadzili szantaż. Po prostu, zastosowaliście szantaż… Ale, pani poseł, ja odpowiadam, ponieważ tutaj część z posłów może nie ma politycznej odwagi. Ja nie jestem posłem, jestem politykiem i mam.

I chcę powiedzieć, że jeśli państwo się zgadzacie ze sobą odnośnie do tego, to proszę zrobić jeden mały, drobny ruch – cofnąć się nieco w czasie albo zrobić jedną prostą sprawę. Ja apeluję o to wielokrotnie do Narodowego Funduszu Zdrowia, który – mam nadzieję – zacznie liczyć pieniądze publiczne i – jak powiedział pan premier Morawiecki – nie będzie wlewał młodego wina w stare bukłaki. Jedna prosta sprawa. Pacjent musi wyspowiadać się ze wszystkiego, jeżeli wchodzi do SOR. Wystarczy mu zadać jedno pytanie, dać wypełnić jedną małą rubryczkę w tabelce – lekarz pierwszego kontaktu albo niech poda swoją POZ. I Narodowy Fundusz Zdrowia, i ministerstwo, panie ministrze, będą mieć znakomitą informację na temat tego, z jakich poradni, od jakiego lekarza przychodzą ci pacjenci. Chcę powiedzieć, że to jest w dużym stopniu recydywa, ale lekarze i dyrektorzy, którzy funkcjonują w szpitalnym oddziale ratunkowym, nie mogą tego pacjenta odesłać. Muszą wykonać pełną diagnostykę i muszą również zapewnić swoje bezpieczeństwo wykonywania zawodu. I koszty się mnożą.

Natomiast państwo otrzymujecie – ja nie mówię, że pani, pani poseł, żeby pani mnie dobrze zrozumiała… Podstawowa opieka zdrowotna otrzymuje gotowy produkt w postaci stawki kapitacyjnej, natomiast szpital dostaje pieniądze wtedy, kiedy wykona świadczenie. Na tym polega ta różnica. Płacimy za usługę. W związku z tym, wydaje mi się, że zamiast zgadzać się i mówić, że nie można, trzeba może po prostu na początku sprawdzać, gdzie ten pacjent notorycznie przychodzący na szpitalny oddział ratunkowy powinien być zaopatrzony, z czym on przychodzi. To jest naprawdę bardzo prosta sprawa. Dzisiaj nie takie e-wyzwania rząd sobie stawia. Apeluję więc tutaj do pana, panie ministrze, żeby zechciał pan również wesprzeć nas i być głosem jako nadzór nad Narodowym Funduszem Zdrowia, żeby NFZ w bardzo prosty sposób – naprawdę, nie wymaga to żadnych politycznych wysiłków ani narażania się… Skoro pacjent musi powiedzieć, kiedy się urodził i jaki ma pesel, niech poda również, jaki jest jego lekarz pierwszego kontaktu, to będziemy widzieli w dużym stopniu, jak to jest.

Ja chcę tylko jedną rzecz powiedzieć w kontekście ratownictwa. Panie ministrze, dwie rzeczy. Pierwsza – ja bardzo dziękuję za to, że ratownictwo jest służbą publiczną, państwową, że nie mamy już żadnych firm zewnętrznych, nawet zagranicznych, operujących na polskim rynku. Za to dziękuję, bo to był jeden z postulatów Solidarności. Bardzo się cieszę, że to jest służba publiczna. Oczywiście zgadzam się z tym, że ona powinna być traktowana podobnie jak pozostałe służby – straż pożarna i policja. Zresztą, wiele razy te zadania się krzyżują. Pan doskonale wie, zwłaszcza w ratownictwie wyjazdowym, że dzisiaj w przypadku zagrożenia w stosunku do pracowników należy rozważyć albo powrót do dodatku wyjazdowego, czyli do czegoś, co… To jest praca w szczególnych warunkach i o szczególnym charakterze. O ile jeszcze w szpitalnych oddziałach ratunkowych, gdzie również jest to ryzyko, mamy większą możliwość wsparcia, chociażby poprzez monitoring czy ochronę szpitalną, o tyle w przypadku zespołów wyjazdowych to zabezpieczenie być musi.

Na koniec chciałabym zapytać, już tak bardzo konkretnie. Powiedział pan tutaj o danych dotyczących ratowników poruszających się na motocyklach. Czy jest jakaś docelowa liczba? Czy to po prostu będzie dotyczyło tylko dużych miast wojewódzkich, czy będzie to również bardzo skuteczna i taka przedratunkowa pomoc, z którą bardzo szybko można dotrzeć, zwłaszcza w zatłoczonych miastach? Jaka jest docelowa liczba takich pojazdów? Dziękuję bardzo.

Poseł Janusz Korwin-Mikke (Konfederacja):

Dlaczego pacjenci nie atakowali prywatnych ratowników?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, następna osoba.

Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Sebastian Irzykowski:

Sebastian Irzykowski, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych. Panie przewodniczący, ja do pana ministra mam takie bardzo konkretne pytanie, również dotyczące fali agresji, która w ochronie zdrowia zaczyna się coraz mocniej rozlewać.

Nie wiem, czy państwo mają świadomość tego – pewnie macie – że w obecnym stanie prawnym pielęgniarka, lekarz, ratownik medyczny w czasie wykonywania świadczeń medycznych są traktowani jak funkcjonariusze publiczni. Niestety, te przepisy w świadomości publicznej nie funkcjonują. Społeczeństwo o tym nie jest informowane i nie ma takiej wiedzy, że jakakolwiek agresja w stosunku do pracownika medycznego wykonującego świadczenia musi być ukarana zgodnie z przepisami, ale również inne służby, tak jak np. policja, bo z takimi sygnałami się spotykamy. Kiedy pracownicy medyczni informują o takich atakach, traktują to dość lekko i nie podejmują czynności związanych z naruszeniem nietykalności takiego człowieka. Dlatego moje pytanie do pana ministra jest takie, czy poza monitoringiem przewidywana jest jakaś szersza akcja społeczna, szersza akcja edukacyjna, żeby informować o tym zarówno obywateli-pacjentów, jak i inne służby, które są odpowiedzialne za bezpieczeństwo nasze i wszystkich innych medyków. Dziękuję bardzo.

Poseł Janusz Korwin-Mikke (Konfederacja):

Mam pytanie. Dlaczego pacjenci nie atakowali prywatnych ratowników?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję… Ale proszę bardzo… Czy ktoś z państwa chciał jeszcze zabrać głos? Bardzo proszę, pan prezes Maćkowiak.

Prezes Federacji Pacjentów Polskich Stanisław Maćkowiak:

Dzień dobry państwu. Szanowni państwo, panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, tak jak powiedzieli pani przewodnicząca Ochman i pan poseł Piecha, te problemy rozpoczęły się od zmian systemowych, jeśli chodzi o POZ. Wszyscy doskonale wiedzą, że w tym przypadku w przerzucaniu odpowiedzialności i tych wszystkich reformach nie chodzi o nic innego, tylko o pieniądze. Minister Twardowski, kiedy jeszcze był ministrem, jasno powiedział o tym, że był w Ministerstwie Zdrowia po to, żeby wywalczyć dla tej grupy interes dotyczący odpowiedniego finansowania POZ.

Na ten temat mówi się, że konieczne są zmiany i żeby system był ustawiony w ten sposób, że podstawą jest POZ. Natomiast, tak jak słyszę nawet w czasie tej dyskusji, wszyscy bronią się, żeby od siebie te obowiązki odsunąć, ale apanaże były utrzymane albo jeszcze wyższe.

W czasie ostatniej dyskusji, jaka była w zeszłym roku, jeśli chodzi o konieczne zmiany w systemie ochrony zdrowia, była mowa o konieczności ustawienia w normalnym zakresie świadczeń. Po pierwsze, POZ. Następne kroki, to AOS, a na końcu szpital, bo my widzimy teraz sytuację taką, że wszyscy pomijają te pierwsze dwa człony i uważają, że szpital jest rozwiązaniem wszelkich problemów. Otóż, to jest najdroższa forma i najmniej efektywna. Trzeba popatrzeć, jak to jest zorganizowanie w świecie i po prostu te wzorce, które są sprawdzone, wprowadzać u nas.

Jeszcze raz powiadam. Do reformy można doprowadzić tylko w jeden sposób. Nie można mówić o różnego rodzaju zasadach. Tutaj cały czas – jak słyszę – jest mowa wyłącznie o pieniądzach. Odpowiednie strumienie pieniędzy w odpowiedni sposób kierowane wymuszą zmiany systemowe. Dziękuję uprzejmie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo i oddaję głos panu ministrowi. Bardzo proszę odpowiedzieć na pytania.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Dziękuję. Panie przewodniczący, ile mam czasu, bo ja mogę mówić godzinami…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Ja wiem. Proponuję krótko, najważniejsze rzeczy. Zakładam, około 10 minut, może trochę więcej. Proszę odnieść się do głównych wątków i do pytań.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Dobrze. Dziękuję bardzo…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Aha, dopowiem. Pani poseł Wielichowska prosiła o odpowiedź na piśmie.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Dobrze. Panie przewodniczący, szanowni państwo, ja na początek powiem, że 30 lat pracuję w tym systemie. Ten system znam od lekarza z karetki, po lekarza SOR-u i dyspozytornię medyczną, więc wiem, jak to działa i doskonale rozumiem państwa i państwa pytania. Myślę jednak, że w systemie opieki zdrowotnej system ratownictwa medycznego jest dla każdego z nas najważniejszy, bo możemy sobie wybrać lekarza rodzinnego, możemy sobie wybrać szpital, w którym chcemy mieć operację, ale jeśli mamy wypadek drogowy, to przyjedzie do nas ta karetka, która jest najbliższej. I od tego, jak ona szybko przyjedzie… Jeżeli ta karetka będzie źle wyposażona, będzie miała na swoim pokładzie źle wykształconych ratowników i będzie jechać dość długo, to nasze życie i zdrowie mogą być zagrożone, a pewnych stanów zdrowotnych, niestety, nawet w najlepszym szpitalu nie da się czasem odwrócić. Myślę więc, że ratownictwo medyczne jest jednym z ważniejszych elementów naszego systemu, bo może dotknąć każdego z nas i nie wiemy nawet, kiedy.

Odpowiadając na pytania państwa posłów – pan poseł Wolski pytał o dokumentację medyczną – my do 20 marca przygotujemy rozporządzenie, które zdecydowanie skróci i zmniejszy liczbę dokumentacji w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Chcemy, żeby personel SOR-ów nie był obciążony tą pracą czysto administracyjną, biurową. Zdecydowanie będzie to uproszczone, bo wiemy, że zajmuje to dużo czasu. Wychodzimy więc naprzeciw środowisku, żeby ta dokumentacja była jak najkrótsza, a jednocześnie zawierała wszystkie te rzeczy, które są ważne.

24 stycznia będzie otwarcie ofert, jeśli chodzi o tzw. TOPSOR, czyli tryb obsługi pacjenta. Proszę państwa, w ubiegłym roku nie udało się wyłonić oferenta. My bardzo wielką wagę przykładamy do procesu segregacji medycznej. Jest to jeden z elementów tego TOSPOR-u. Ja też nie lubię tego określenia „segregacja medyczna", ale możemy to nazwać klasyfikacją pacjentów. Chcemy, żeby ta osoba, która będzie prowadziła ten system, czyli będzie przydzielała pacjenta do poszczególnych grup, miała 100-procentową pewność, że czegoś nie przeoczy, że w przypadku tego pacjenta, który przychodzi do SOR-u z banalnym bólem brzucha, nie jest to np. maska brzuszna zawału, tętniak rozwarstwiający aorty czy inna poważna choroba, a jest to np. zwykła niestrawność po świętach.

My chcemy, żeby ten system, który będzie przydzielał pacjentów, był jak najbardziej oparty na dowodach naukowych i tego oczekujemy od świadczeniodawców, którzy nam ten system przedstawią. Poprzedni przetarg musieliśmy unieważnić dlatego, że według nas nie były to systemy najlepsze, ale mam nadzieję, że już w tym rozdaniu to wszystko ułoży się tak, jakbyśmy chcieli.

Następne pytanie, które państwo mi zadali, a dokładnie pani poseł Gelert – zresztą razem byliśmy w Senacie swego czasu. Rzeczywiście chcemy, aby od 1 lipca przy każdym SOR była nocna i świąteczna pomoc lekarska, czyli NPL, i mieściła się pod adresem szpitala. To nie jest tak, że to ma być na terenie SOR-u. Ma to być jak najbliżej SOR-u, żeby pacjent nie chodził daleko i rzeczywiście mógł w tej NPL się odnaleźć, jeżeli zostanie tam skierowany przez ratownika medycznego po procesie segregacji.

Prowadzimy w tej chwili zdalnie informację, ile SOR-ów nie spełni tych wymagań. W tej chwili na 237 SOR-ów, które działają w Polsce, mamy zgłoszonych 17 takich przypadków, że SOR-y mogą tego kryterium nie spełnić, a więc nie tak dużo.

To, że nie ma izby przyjęć, a jest szpitalny oddział ratunkowy. Pani poseł, szpitalny oddział ratunkowy determinuje to, że w takim szpitalu powinien być tzw. punkt przyjęć. Nie izba przyjęć, ale punkt przyjęć. Czyli, pacjent, który jest skierowany…

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Planowy…

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Tak, oczywiście. Pacjent, który jest skierowany do przyjęcia w trybie planowym, powinien przechodzić nie przez SOR, ale właśnie przez ten punkt przyjęć.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Planowy, to naprawdę co innego, panie ministrze, a co innego skierowany dzisiaj do szpitala…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo proszę, panie ministrze, pan ma głos teraz…

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

To jest odpowiedź na moje pytanie, więc ja od razu reaguję, dlatego że mi nie chodziło o planową izbę przyjęć, bo każdy szpital posiada normalnie planową izbę czy biuro obsługi, czy jak to nazwać.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Jeżeli chodzi o organizację pracy, proszę państwa, mamy w Polsce SOR-y, które bardzo dobrze pracują, czas oczekiwania pacjentów jest bardzo krótki. To są dość duże miasta. Na przykład, w Gdańsku jest taki SOR, w Bydgoszczy. To rzeczywiście są SOR-y, które w tych warunkach finansowych, przy tych zasobach kadrowych, potrafią zapewnić pacjentom bardzo szybką i sprawną pomoc.

Mamy też jednak przykłady SOR-ów, czasem nagłaśniane medialnie, gdzie pacjenci czekają na pomoc bardzo długo i udzielana jest ona w sposób bałaganiarski. Dlatego przeprowadzamy kontrole takich SOR-ów. Przeprowadziliśmy ponad 20 kontroli w SOR-ach. W województwie dolnośląskim praktycznie wszystkie SOR-y zostały skontrolowane. Nasuwa się jeden generalny wniosek, że to jest związane, niestety, z błędami personelu i z błędami organizacyjnymi w danych SOR-ach, bo np. śmierć pacjenta, który nie został przyjęty do tego szpitala tłumaczona była tym, że szpital nie posiadał wolnych łóżek internistycznych, a potem kontrola wykazała, że tych łóżek było wolnych 15. Są to więc ewidentnie błędy ludzkie, których, niestety, nie da się czasem wyeliminować.

Pani poseł Wielichowska mówiła o marnym finansowaniu zespołów ratownictwa medycznego, i to rzeczywiście były dane z września i października. Wtedy ja nie byłem w stanie udzielić innej informacji, ponieważ nie miałem danych na temat budżetu na ten rok, jakie środki dostaniemy na zespoły przedszpitalne. Jeżeli chodzi o dolnośląskie, to tych pieniędzy jest 178 000 tys. zł, czyli jest wzrost o 18 000 tys. zł na ten rok. Myślę więc, zresztą, po spotkaniu ze związkami pracodawców, którzy rzeczywiście okazywali może nie radość, ale wielkie zrozumienie, że te środki w końcu się pojawiły, bo faktycznie od dziewięciu lat nie było wzrostu środków na zespoły ratownictwa medycznego…

Pan poseł Hardie – dlaczego lekarz medycyny ratunkowej ma być ordynatorem szpitalnego oddziału ratunkowego. No to możemy zadać pytanie, czy chirurg – ja jestem chirurgiem – będzie ordynatorem oddziału pediatrycznego. Chyba nikt z nas sobie tego nie wyobraża, że… Może chirurg wszystko potrafi, bo ja jestem chirurgiem, ale może nie aż tak… Mamy 237 szpitalnych oddziałów ratunkowych, lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej mamy 1555, więc myślę, że znajdziemy chętnych, którzy takim szpitalnym oddziałem ratunkowym by kierowali.

Endoskopia. Rzeczywiście w tym rozporządzeniu pojawiło się to, żeby pacjent, który trafia do SOR-u miał niezwłoczny dostęp do badania endoskopowego. To chodzi o gastroskopię, rektoskopię, bronchoskopię, laryngoskopię. Jeżeli jemy i coś nam utkwi w gardle, pomoc powinna być jak najszybsza. Prawda? Czyli, pacjent trafia do SOR-u. My nie wymagaliśmy w tym rozporządzeniu, żeby endoskopista siedział w SOR-ze z endoskopem ręku i czekał na pacjenta. Ta pomoc powinna być udzielona niezwłocznie, bez narażania pacjenta na uszczerbek na zdrowiu i życiu, czyli de facto taki endoskopista może być na telefon. SOR-y sobie z tym doskonale radzą.

Odpowiem też na pytanie pana posła Millera, bo już o tym przypadku SOR-u przy ul. Katowickiej w Opolu rozmawialiśmy. Ja byłem na spotkaniu z panią dyrektor tego

szpitala. Byłem na spotkaniu z panem wojewodą, z marszałkiem. Wszyscy dyrektorzy szpitali w Opolu też na tym spotkaniu byli, i to jest właśnie niezrozumienie tego rozporządzenia, bo pani dyrektor sugerowała, że nie ma endoskopisty, który by fizycznie był w tym SOR i udzielał takiej pomocy. Wiem, że w tej chwili w Opolu funkcjonują dwa SOR-y i dwa szpitale mają izby przyjęć. Jesteśmy po rozmowach – bo te dwa szpitale, to szpital MSWiA i szpital MON-owski. Wiemy, że włączą się także w przyjmowanie pacjentów od zespołów ratownictwa medycznego, bo właściwie ci pacjenci tam nie trafiali. Czyli, de facto odciążą te dwa SOR-y, które w tej chwili działają. Jestem przekonany, że sytuacja w Opolu jest już wyjaśniona i nie ma niebezpieczeństwa, że ten SOR przy ul. Katowickiej przestanie działać.

Pani poseł Kwiecień mówiła o edukacji. Rzeczywiście chcemy rozpocząć kampanię edukacyjną, aby pacjent wiedział, że z danym schorzeniem nie musi zawsze trafiać do szpitalnego oddziału ratunkowego. W tej chwili jest już uruchomiona specjalna infolinia w NFZ-ie informująca pacjenta, gdzie jest najbliższa NPL, gdzie jest najbliższy SOR, czy np. przeziębienie jest powodem do tego, aby zgłosić się do szpitalnego oddziału ratunkowego czy do NPL-u. Jest to więc jakby początek, ale chcemy w mediach pokazać, że dane schorzenia można zdecydowanie szybciej i tak samo profesjonalnie zdiagnozować w innym miejscu niż szpitalny oddział ratunkowy.

Czasem też mamy informacje, że pacjenci rzeczywiście trafiają do szpitalnych oddziałach ratunkowych w celach diagnostycznych i szybszego przebadania. Myślę, że tu wciąż powraca temat POZ i że bez rozwiązania tych dwóch kwestii ci pacjenci jednak na te SOR-y dalej będą trafiać. Wiem, że lekarze rodzinni deklarują daleko idącą pomoc w tym kierunku, to się wiąże oczywiście z pewnymi finansami, ale to już nie jest moja działka w ministerstwie. Wiem, że takie rozmowy są toczone.

Pan poseł Rutka – nakłady wzrosły. Rzeczywiście, nakłady wzrosły. Pan przytoczył przykład karetki „P", która miała wyjątkowo bardzo ciężki dyżur, moim zdaniem. Ja 30 lat jeździłem i takie dyżury rzeczywiście się trafiają, ale nie przez 30 dni w miesiącu i 360 dni w roku. Każda karetka „P" – mam dane od świadczeniodawców, którzy podpisują kontrakty – w tej chwili przynosi zysk tym świadczeniodawcom. W karetkach „S", które są finansowane o 1000 zł więcej, koszt lekarza, niestety, czasem te 1000 zł zjada, myślę więc, że te 245 000 tys. zł, które przeznaczamy w tym roku na zespoły ratownictwa medycznego, w jakiś sposób rekompensują poniesione nakłady. Jednak rzeczywiście taki dyżur może się zdarzyć i w tym dniu te nakłady mogą być większe, ale następne dni mogą być praktycznie bez wyjazdów i ta karateka jakby zarabia na ten jeden ciężki dyżur, który miała.

Nie planujemy łączenia GOPR-u ani TOPR-u. Nie mamy takich planów, nie rozważaliśmy tego.

Poseł Marek Rutka (Lewica):

Przepraszam. Z czego to wynika, że nie ma tych planów?

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Nie ma chyba takiej konieczności w tej chwili. Czy ratownictwo medyczne będzie tak samo finansowane, a może nie finansowane, tylko czy będzie jak policja i straż pożarna w tym systemie. To czasem się pojawia. Zresztą – to do pani przewodniczącej Ochman – na spotkaniach ze związkowcami zdania są podzielone. Nie wszyscy chcą być w takich strukturach, bo to, wbrew pozorom, wiąże się nie tylko z jakimiś przywilejami, ale także z obowiązkiem. Tak więc w tym zakresie środowisko jest bardzo podzielone. Niektórzy nie chcą pracować na umowę o pracę, niektórzy nie chcą pracować na kontraktach, więc nie jest tak do końca, że wszyscy chcą podobnie jak policja czy straż w tym systemie pracować.

Uprawnienia dla ratowników i pielęgniarek. One już w tej chwili są. Ratownik i pielęgniarka mają to, o czym pan mówił. Mają taką możliwość, żeby to w tej chwili wykonywać.

Powrót do ambulatoriów chirurgicznych. Ja 30 lat pracuję w systemie, więc kiedyś też pracowałem jako chirurg w takim ambulatorium, ale myślę, że w tej chwili powrotu

do takiej formy nie będzie. Sądzę, że SOR to doskonale potrafi załatwić i nie ma też aż tylu chirurgów, żeby w takich ambulatoriach mogli pracować.

Następne pytania. Pan poseł Hok – też przewijał się temat lekarza rodzinnego i NPL. Ja wiążę duże nadzieje z tym programem TOPSOR, proszę państwa, bo rzeczywiście wtedy będzie bardzo jasne, że pacjent, który się zgłasza do SOR-u, a jest w tej grupie, w dwóch ostatnich kategoriach, czyli np. zgłasza złe samopoczucie, jest przeziębiony, zdecydowanie może trafić do nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej, czyli za drzwi SOR-u. Oczywiście jeżeli lekarz po zbadaniu uzna, że pacjent powinien być w SOR-ze, to zawsze może go tam przekierować.

Pan poseł Piecha mówił o finansowaniu – tak. Zasoby kadrowe, problemy organizacyjne. Rzeczywiście, NPL i POZ były kiedyś w jednej strukturze. W tej chwili są oddzielone.

Pan poseł Miller mówił właśnie o endoskopii, o SOR w Opolu i o zadłużeniu szpitali. Są dane, że 8% szpitali w Polsce generuje 90% długów. Czyli, nie jest tak do końca, że wszystkie szpitale popadają w zadłużenie. Pewnie finansowanie mogłoby być lepsze, ale także i kwestie organizacyjne, czyli to, kto kieruje danym szpitalem, jaki menadżer, są bardzo ważne. Wielokrotnie to od tego zależy, czy szpital ma kłopoty finansowe, czy nie.

Pan poseł Hoc – o śmiertelności. Rzeczywiście śmiertelność w zespołach ratownictwa medycznego i w SOR-ach spada. Myślę, że związane to jest z lepszym wyposażeniem w sprzęt, ale też z większym doświadczeniem i profesjonalizmem. Jednak ta wielka liczba związana jest także z tym, że wielokrotnie – a mogę powiedzieć, że w 2018 r. to było 58 zgonów – to były przypadki zgonów przed przybyciem zespołów ratownictwa medycznego. Czyli, zespół przybywając na miejsce zdarzenia stwierdzał już zgon, czyli za długo trwał ten okres dotarcia na miejsce. Zatem, dość dużo pacjentów umiera przed przybyciem zespołu ratunkowego.

Są chyba dwie główne przyczyny śmierci pacjentów. To są problemy kardiologiczne i urazowe. To są dwie dominujące przyczyny, które powodują zgon pacjentów.

Pani poseł Płonka. To był dobry przykład. Jeżeli pacjent jest z migotaniem przedsionków i pani go kieruje do SOR-u, to pacjent w tym SOR może zostać…

Poseł Elżbieta Płonka (PiS):

Nie mogę skierować do SOR-u, nie wolno…

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

A on trafia do SOR-u i tam go…

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Czasem na SOR-ze wyprowadzi się go i można go umiarowić, więc nie trzeba do oddziału przyjmować.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Ale jeżeli podjęto próbę np. umiarowienia w SOR z powodzeniem, to pacjent może wrócić do domu, a jeżeli nie, to wtedy trafia do oddziału kardiologicznego.

Pan poseł Rychlik. Rzeczywiście planujemy, aby ten program wymiany ambulansów był kontynuowany, bo myślę, że jest bardzo dobrze odbierany i tak jak w wielu krajach ustawowo określono, że ambulans nie może mieć więcej niż 5 lat, w Polsce też chcemy doprowadzić do tego, żeby karetki pogotowia, ambulanse medyczne, nie miały więcej niż 5 lat.

System „*randez-vous*” – w tej chwili nad tym pracujemy. Mam nadzieję, że może w tym roku uda się nam tę ustawę znowelizować i to wprowadzić, ale to wszystko jest jeszcze w opracowaniu.

Panie przewodnicząca Ochman. Rzeczywiście myślę, że do procedury TOPSOR-u możemy dołączyć coś takiego, skąd pacjent został skierowany, od jakiego lekarza POZ…

Przewodnicząca SOZ NSZZ „Solidarność” Maria Ochman:

Nie skierowany, tylko, po prostu, skąd przyszedł…

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Rozumiem. Na pewno będzie można to włączyć. Będą to dane dla NFZ czy ministerstwa dość… Dobra uwaga. Może to wprowadzimy, żeby…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dajmy skończyć panu ministrowi, zwłaszcza że pora jest późna, i nie mówmy jednocześnie.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Już kończę. Motocykle. Rzeczywiście – jak wynika z naszych informacji – to się sprawdza w dużych miastach, gdzie są korki i karetka nie może się przebić przez te korki. Motocykl zdecydowanie szybciej dojeżdża, no i tylko w okresie letnim, bo w zimowym jazda motocyklem jest niebezpieczna. Chcemy, żeby to był dodatkowy produkt z NFZ-u, bo w tej chwili tego nie ma, żeby można było zakontraktować taki zespół motocyklowy, który – mam nadzieję – w sposób ewidentny przyspieszy pomoc pacjentom.

Pan wiceprezes Irzykowski – przemoc wobec ratowników i pielęgniarek. Już o tym mówiłem, że my chcemy wprowadzić obowiązkowy monitoring w szpitalnych oddziałach ratunkowych, ale także na ubraniach ratowników medycznych. W lutym mamy wspólne spotkanie związków ratowników i pielęgniarek, podczas którego będziemy się zastanawiali, w jaki jeszcze inny sposób możemy przeciwdziałać agresji pacjentów. Czasem jest to związane, niestety, z alkoholem, ze środkami psychotropowymi. Pacjenci wtedy nie panują nad sobą. Myślę, że agresji nie da się wyeliminować w 100-procentach.

Myślę, że wyczerpałem wszystkie pytania. Dziękuję, panie przewodniczący.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo… Już w kuluarach, bardzo proszę.

Zamykam posiedzenie Komisji. Dziękuję.